BMJ
British Medical Journal
Ediția în limba română

- 5 credite CMR/abonament anual
- 20 ore EMC – chestionar completat de medici
- 10 ore EFC/abonament anual

VOLUM 19; ISSN 1222-5835
Februarie 2012/www.bmj.ro

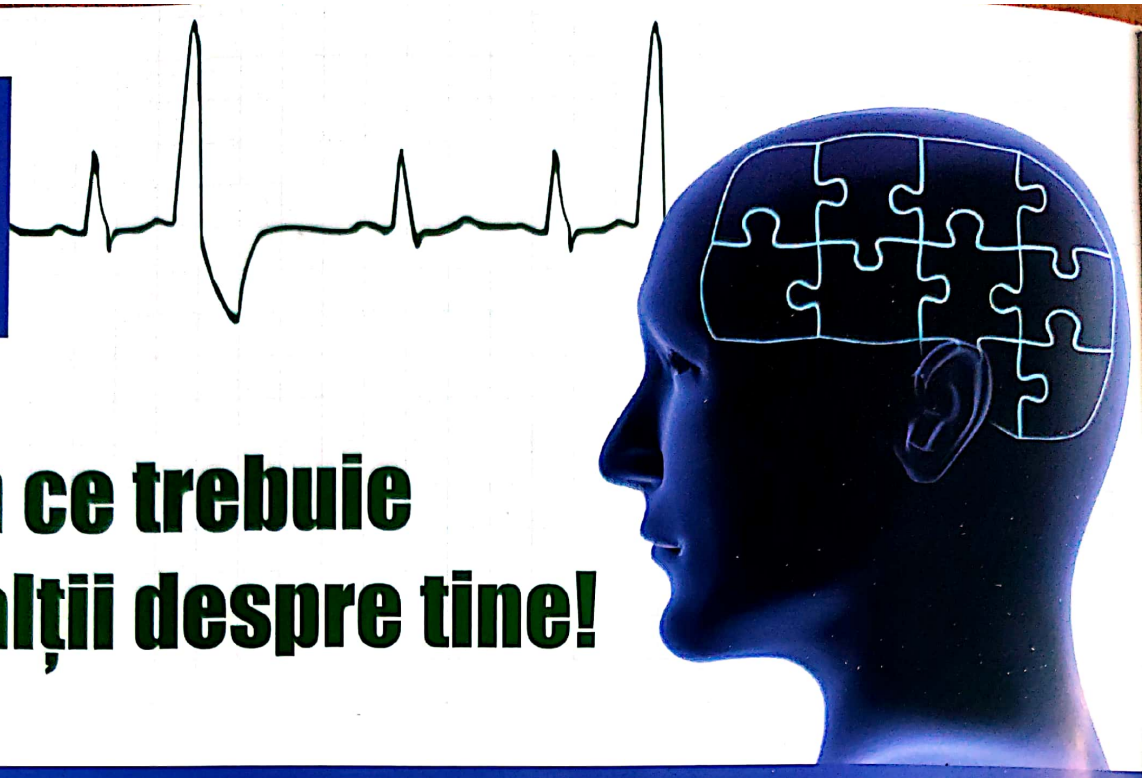
ABUZUL PSIHOLOGIC ȘI FINANCIAR ASUPRA VÂRSTNICILOR

Erorile de administrare a medicamentelor
Markeri oculari pentru boala cardiovasculară
Apendicita: un diagnostic ușor de omis?

Un produs
TARUS

Scanned with OKEN Scanner

TARUS Media
CONSULTANCY



Noi ştim ce trebuie să ştie alţii despre tine!

Şi îţi prescriem o reţetă... magistrală de comunicare, strategie PR, campanii de promovare şi consultanţă de business!

- Te vezi în revistele **Medica Academica** şi **British Medical Journal** - ediţia în limba română
- Afli idei noi şi ai întâlniri valoaroase la evenimentele fără concurenţă create de TARUS Media
- Comunici prin newsletter cu o bază de date de 15.000 de adrese din domeniul sănătăţii şi nu numai
- Networking cu ziariştii
- Ai la dispoziţie servicii de grafică, DTP, foto şi video

Tarus Media - lider de piaţă în health promotion

Cea mai bună alegere pentru consultanţă, comunicare şi PR!

pentru oferta personalizată: pr@tarus.eu

www.tarusmedia.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

EDITORIALE

1 **Erorile de administrare a medicamentelor în anestezie şi în alte situaţii**
Guy Haller, François Clergue
» *CERCETARE, p. 21*

3 **Markeri oculari pentru boala cardiovasculară**
Antonio B Fernandez, Paul D Thompson
» *CERCETARE, p. 22*

4 **Antagoniştii receptorilor leucotrienelor ca tratament de primă linie sau ca adjuvant, în astm**
Francine M Ducharme

7 **Abuzul asupra vârstnicilor**
Martin Mulroy, Desmond O'Neill

9 **Evaluarea beneficiilor pentru sănătate ale gestionării problemei modificărilor climatice**
Anita Charlesworth, Alastair Gray, David Pencheon

ŞTIRI

11 **Rata deceselor premature este aproape dublă în SUA comparativ cu Franţa**

12 **Premiile Ig Nobel celebrează cercetările despre răul de mişcare şi controlul sfincterian**

13 **Ţările în curs de dezvoltare trebuie să eficientizeze accesul la antibiotice**

Pregătirea medicală ar trebui să aibă un caracter mai diversificat, susţine comisia

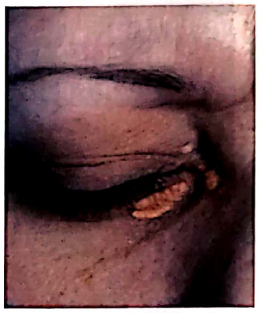
ANALIZE

16 **Tuberculoza în Marea Britanie – este timpul să recâştigăm controlul**
Incidenţa tuberculozei este în creştere în multe oraşe mari din Marea Britanie. Situaţia este diferită, însă, de cea din majoritatea ţărilor europene, unde valorile ratei de îmbolnăvire sunt stabile sau descrescătoare. Explicaţia o dau Ibrahim Abubakar şi colab., care arată şi ce anume ar trebui făcut pentru a recâştiga controlul în lupta cu boala

CERCETARE

21 **Sistem multimodal destinat reducerii erorilor din cadrul înregistrării şi administrării medicamentelor în anestezie: evaluare clinică, prospectivă, randomizată**
Alan F Merry şi colab.
» *EDITORIAL, p. 1*

22 **Xantelasma, *arcus corneae*, boala vasculară ischemică şi decesul în populaţia generală: studiu de cohortă prospectiv**
Mette Christoffersen şi colab.
» *EDITORIAL, p. 3*



SINTEZE CLINICE

24 **Actinomicoza**
V K Wong şi colab.

31 **Cum pot fi evaluaţi şi ajutaţi cei care se ocupă de îngrijirea vârstnicilor**
I D Cameron şi colab.

NOUTĂŢI MEDICALE

Din alte jurnale medicale internaţionale

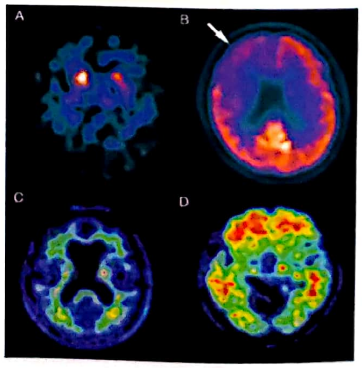
PRACTICĂ MEDICALĂ

UŞOR DE OMIS?

37 **Apendicita**
Sian R R Lewis şi colab.

IMAGISTICĂ LOGICĂ

41 **Suspiciunea de demenţă incipientă**
Jonathan M Schott şi colab.



MINERVA

46 Diabetul este o cauză sau o consecinţă a cancerului pancreatic? şi alte subiecte

Scanned with OKEN Scanner

BMJ
Ediția în limba română

FORUM REDACȚIONAL

Conf. Dr. Doru Mihai ANASTASIU (Timișoara)
Prof. Dr. Vasile ASTARASTOAE (Iași)
Prof. Dr. Doina AZOICAI (Iași)
Prof. Dr. Petru BORDEI (Constanța)
Prof. Dr. Anca BUZOIANU (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Mircea CINTEZA (București)
Prof. Dr. Constantin CIUCE (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Constantin COPOTOIU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Dan DOBREANU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Iosif DRAGULESCU (Timișoara)
Dr. George HABER (Sebeș)
Prof. Dr. Daniela Adriana ION (București)
Dr. Mircea IORGA (București)
Prof. Dr. Manuela MIHALACHE (Sibiu)
Prof. Dr. Petru MIRCEA (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Liana MOȘ (Arad)
Prof. Dr. Florian POPA (București)
Prof. Dr. Mariana RĂDOI (Brașov)
Prof. Dr. Ion ROGOVEANU (Craiova)
Conf. Dr. Adrian SAFTOIU (Craiova)
Prof. Dr. Victor STOICA (București)

Adresa pentru corespondență
TARUS Media
Bd. Metalurgiei nr. 78, cod 041836, sector 4, București
Tel/Fax: +40 21 321 01 90
E-mail: bmjro@tarus.eu
Cont în Lei nr.: RO08BVBBU2511BU0560552701
Volksbank – Sucursala Apolodor, beneficiar SC TARUS MEDIA SRL (CUI:RO18379900)

Publicitate în *BMJ – Ediția în limba română*
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Ionuț Munteanu
Director vânzări
E-mail: ionut.munteanu@tarus.eu

Georgiana Tacutu
Asistent marketing
E-mail: georgiana.tacutu@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

TARUS Media

Editoriale, p. 7

Un produs
TARUS Media

TARUS Media

Publisher
Valentin Tarus
tarus@tarus.eu

Editor
Traian Mihăescu
traian@mihaescu.eu

Director General
Maria Vasilescu
maria.vasilescu@tarus.eu

Director de publicație
Roxana Tudor
roxana.tudor@tarus.eu

Secretariat
Rodica Dirțu

Proiecte internaționale
Tudor Toma – Londra

Traducere
Rodica Chirculescu
Mădălina Geantă
Gianina Luca
Emanuela Micu

Consultant pentru limba română
Doina Elena Cioacă

Tehnoredactare și editare grafică
Dan Verman PFA

Tipografie
Master Print SUPER OFFSET S.R.L.

BMJ
Editor *BMJ*
Fiona Godlee

The Editor, BMJ
BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR
Email: editor@bmj.com
Tel: +44 (0)20 7387 4499
Fax: +44 (0)20 7383 6418
BMA MEMBERS' INQUIRIES
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
BMJ CAREERS ADVERTISING
Email: sales@bmjcareers.com
Tel: +44 (0)20 7383 6531
DISPLAY ADVERTISING
Email: sales@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6386
REPRINTS
UK/Rest of world
Email:
ngurneyrandall@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 8445 5825
USA
Email:
mfogler@medicalreprints.com
Tel: + 1 (856) 489 4446
SUBSCRIPTIONS
BMA Members
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
Non-BMA Members
Email: subscriptions@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6270
OTHER RESOURCES
For all other contacts:
resources.bmj.com/bmj/contact-us
For advice to authors:
resources.bmj.com/bmj/authors
To submit an article:
submit.bmj.com

Abonament 2012
British Medical Journal, Ediția în limba română

Plata abonamentului pentru anul 2012 se poate face în contul:
RO08 VBBU2511BU0560552701, deschis la Volksbank, Sucursala Apolodor, beneficiar SC TARUS MEDIA SRL (CUI: RO18379900)

BMJ Group

- *BMJ* – Publicația Medicală a anului 2008 conform Medical Journalist Association
- Factorul de impact al *BMJ* a ajuns în 2011, la 13,471 (ISI Web of Science, 2011)
- Aproximativ 1,67 milioane de utilizatori accesează, în fiecare lună, 6,1 milioane de pagini prezentate pe site-ul *BMJ*, www.bmj.com (ABCe audit, octombrie 2010)

Scanned with OKEN Scanner

Erorile de administrare a medicamentelor în anestezie şi în alte situaţii

Sistemele novatoare pot fi funcţionale, dar numai dacă sunt adoptate integral de către clinicieni

MARK THOMAS/SPL

CERCETARE, p. 21

Guy Haller consultant and senior lecturer
guy.haller@hcuge.ch
François Clergue professor and director, Department of Anaesthesia, Pharmacology and Intensive Care, Geneva University Hospitals, University of Geneva, 1211 Geneva, Switzerland

Conflicte de interese: Toţi autorii au completat formularul ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la solicitare, de la autorul responsabil cu corespondenţa) şi declară că nu au avut: niciun suport de la vreo organizaţie pentru lucrarea de faţă; nicio relaţie financiară cu vreo organizaţie ce ar putea avea vreun interes legat de actualul material, în ultimii trei ani; nicio altă relaţie sau activitate ce ar fi putut influenţa lucrarea de faţă.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Drug administration errors in anaesthesia and beyond
Innovative systems can work, but only if they are fully adopted by clinicians

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d5823
doi: 10.1136/bmj.d5823

Oricare anestezist va întâlni de-a lungul carierei, măcar o dată, o eroare în administrarea medicamentelor. Pentru fiecare procedură anestezică efectuată, riscul apariţiei unei asemenea erori este de 0,01-0,75%.[1] În anestezie, astfel de situaţii sunt corelate, în principal, cu administrarea medicamentelor deoarece, cu excepţia asistenţei preoperatorii sau a celei postoperatorii, anesteziştii nu prescriu medicamente. În sălile de operaţii, ei selectează, prepară, etichetează şi administrează toate medicamentele necesare pentru procedură, aşa că, în domeniul lor de activitate, nu prea le sunt de folos strategiile utilizate, în mod obişnuit, în vederea minimizării greşelilor de prescriere a medicamentelor în spitale, precum intrările computerizate ale comenzilor medicilor şi sistemele de suport decizional.[2]

În studiul corelat, Merry şi colab. testează un nou sistem destinat rezolvării acestei problematici.[3] Trialul lor randomizat, realizat pe un număr de peste 1 075 de pacienţi anesteziaţi, a comparat un nou sistem multimodal, proiectat de ei, cu administrarea convenţională a medicamentelor. Demersul propriu, conceput pe baza celor mai bune practici susţinute de dovezi, ce vizau minimizarea erorilor în administrare,[4] combina tăviţele pentru medicamente personalizate şi seringile cu cod de bare preumplute cu etichetele de codificare colorate pentru medicamente ce aveau şi concentraţiile standardizate. Pentru simularea procedurilor de dublu control, autorii au apelat la un cititor de coduri de bare conectat la un laptop. Când sistemul a fost utilizat consecvent, rata globală a erorilor referitoare la medicamente – inclusiv a celor privitoare la administrarea lor – a fost redusă de la 11,6 (interval de încredere 95% între 9,3 şi 13,9) la 9,1 (6,9 – 11,4; P=0,045).

Datele obţinute de ei concordă cu cele ale studiilor anterioare, care au arătat că tehnologia de scanare a codurilor de bare diminuează mult greşelile de administrare a medicamentelor,[5, 6] ele reprezentând 38% din totalul erorilor ce apar în spitale.[7] Principala inovaţie a sistemului creat de Merry şi colab. este, însă, faptul că oferă o soluţie complet integrată, care combină nu numai tehnologia codurilor de bare, ci şi seringile preumplute, etichetate clar şi în tăviţe special personalizate. Toate seringile sunt pregătite în farmacie sau de către producător, nu în sala de operaţii, ca în practica obişnuită; sunt minimizate, astfel, atât greşelile de etichetare a lor cât şi cele legate de prepararea medicamentelor – datorită standardelor înalte de control al calităţii din industria producătoare de medicamente, unde apare circa o eroare *per* un milion de preparate farmaceutice, ceea ce suportă o comparaţie favorabilă cu rata de eroare de 3-23 *per* 100 de produse medicamentoase, înregistrată în cazul în care medicamentele sunt preparate de personalul medical superior ori mediu, în spitale.[8, 9] Aspectul menţionat este deosebit de relevant în domenii precum pediatria sau oncologia, unde greşelile legate de tipul sau de doza de medicament pot genera evenimente adverse grave. El poate fi avut în vedere, în spitale, şi pentru minimizarea erorilor din transfuziile de sânge în sistem ABO, ce apar, de regulă, cu o frecvenţă de una *per* 12 000 de unităţi administrate.[10]

Studiul este novator și datorită faptului că a utilizat un protocol randomizat pentru a demonstra eficacitatea sistemului multimodal. Prea adesea, noile tehnologii sunt aplicate în spitale fără a fi evaluate în prealabil, pe baza opiniei frecvente că inovarea este inerent benefică pentru pacienți. În realitate însă, nu se întâmplă mereu așa. Prin testarea noii proceduri în condițiile riguroase ale unui trial clinic, Merry și colab. nu i-au relevat doar eficacitatea, ci și limitările. Una dintre acestea din urmă este slaba complianță. Sistemul lor multimodal a fost utilizat integral numai 18% din timp. De ce?

Poate că noua abordare este greoaie. Se știe că regulile de siguranță care cresc încărcătura muncii și scad eficacitatea tind să fie ignorate progresiv de către cei din prima linie de activitate, adesea cu complicitatea tacită a echipei de management.[11] Și totuși, se pare că nu este cazul și în situația de față, deoarece sistemul multimodal nu implică adăugarea altor practici la cele curente.[3] Așadar, o explicație poate că rezidă, de pildă, în tensiunea intrinsecă dintre impunerea unor proceduri stricte și autonomia profesională. Dat fiind faptul că dobândirea cunoștințelor medicale este un proces complex și îndelungat, controlul metodologiei muncii este apanajul profesiei.[12] Utilizarea unor proceduri standardizate pentru a organiza, elimina, verifica și administra medicamente, precum cele folosite în acest sistem multimodal,[3] reprezintă, inevitabil, o provocare la adresa autonomiei profesionale – e posibil ca, mai ales în cazurile simple, fără complicații, anesteziștii să le considere doar niște pași "birocratici" inutili pentru administrarea medicamentelor. Este o problemă ce merită o atenție deosebită, întrucât până și cele mai bune inovații vor rămâne lipsite de eficacitate dacă nu vor fi adoptate integral de către clinicieni.

În sfârșit, eforturile pentru minimizarea erorilor legate de administrarea medicamentelor nu trebuie să se centreze exclusiv pe asistența spitalicească. Mulți agenți terapeutici, precum anticoagulantele, insulina și vaccinurile, sunt dați pacienților în cabinetele de familie sau în instituțiile de asistență socio-medicală. Este de dorit ca o atare situație să nu fie ignorată de cercetători, tot așa cum ar trebui să se acorde atenția cuvenită inițiativelor menite să reducă riscul de producere a erorilor din cadrul administrării medicamentelor în asemenea medii instituționale.

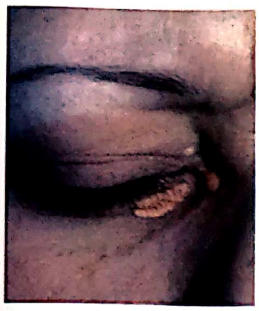
Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Wheeler SJ, Wheeler DW. Medication errors in anaesthesia and critical care. *Anaesthesia* 2005;60:257-73.
2 Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003;163:1409-16.
3 Merry AF, Webster CS, Hannam J, Mitchell SJ, Henderson R, Reid P, et al. Multimodal system designed to reduce errors in recording and administration of drugs in anaesthesia: prospective randomised clinical evaluation. *BMJ* 2011;343:d5543.
4 Jensen LS, Merry AF, Webster CS, Weller J, Larsson L. Evidencebased strategies for preventing drug administration errors during anaesthesia. *Anaesthesia* 2004;59:493-504.
5 Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, Ditmore M, Bane A, Levtzion-Korach O, et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med* 2010;362:1698-707.
6 Merry AF, Webster CS, Mathew DJ. A new, safety-oriented, integrated drug administration and automated anesthesia record system. *Anesth Analg* 2001;93:385-90.
7 Leape.LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995;274:35 43.
8 Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Saf* 2007;30:379-407.
9 Garnerin P, Pellet-Meier B, Chopard P, Perneger T, Bonnabry P. Measuring human-error probabilities in drug preparation: a pilot simulation study. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:769-76.
10 Murphy MF, Stanworth SJ, Yazer M. Transfusion practice and safety: current status and possibilities for improvement. *Vox Sang* 2011;100:46-59.
11 De Saint Maurice G, Auroy Y, Vincent C, Amalberti R. The natural lifespan of a safety policy: violations and system migration in anaesthesia. *Qual Saf Health Care* 2010;19:327-31.
12 Davies HT, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003;326:646-9.

Scanned with OKEN Scanner

Markeri oculari pentru boala cardiovasculară

Doar xantelasma are valoare predictivă, nu şi arcul cornean



SPL

CERCETARE, p. 22

Antonio B Fernandez clinical cardiology fellow, Division of Cardiology, The Warren Alpert School of Medicine, Providence, RI, USA
Paul D Thompson cardiology division director, Cardiology Division, Hartford Hospital, Hartford, CT 06102, USA
pthomps@harthosp.org

Conflicte de interese: Toţi autorii au completat formularul ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil, la solicitare, de la autorul responsabil cu corespondenţa) şi declară că: nu au beneficiat de niciun suport de la vreo organizaţie pentru lucrarea de faţă; în ultimii trei ani, PDT a primit remunerare pentru consultanţă de la Regeneron, Furiex Pharmaceuticals şi Lupin Pharmaceuticals; plăţi pentru prelegeri de la GlaxoSmithKline, Merck, Pfizer, Astra Zeneca, Kowa şi Abbott; instituţia sa a beneficiat de sprijin financiar din partea GlaxoSmithKline, Genomas, Novartis, Furiex Pharmaceuticals; de asemenea, prezintă opinii pentru Zoll Medical, JA Wiley Publishing, General Electric, Zimmer, Medtronic, Johnson and Johnson, Sanofi-Aventis şi Abbott; nicio altă relaţie sau activitate ce ar fi putut influenţa lucrarea de faţă.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Eye markers of cardiovascular disease
Xanthelasmata are predictive, but arcus corneae is not

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d5304
doi: 10.1136/bmj.d5304

Majoritatea clinicienilor ştiu că arcul cornean şi xantelasma se corelează cu hiperlipidemia, dar nu toate rezultatele cercetărilor au susţinut posibilitatea ca, în cazul predicţiei riscului pentru boala cardiovasculară, ele să ofere indicii suplimentare faţă de factorii de risc tradiţionali.[1-3] În studiul de cohortă prospectiv pe aceeaşi temă, Christoffersen şi colab. evaluează în ce măsură xantelasma şi *arcus corneae*, fiecare în parte şi asociate, sunt factori predictivi pentru riscul de boală vasculară ischemică şi pentru cel de deces, în populaţia generală.[4]

Când apar la pacienţi mai tineri, *arcus corneae* şi xantelasma sunt semne recunoscute de hiperlipidemie.[5,6] *Arcus corneae* asociat cu hiperlipidemia, "*arcus lipoides*," este o coloraţie albicioasă a corneei periferice, în vecinătatea limbului sclero-cornean, fiind, în general, separat de marginea limbică printr-o zonă de cornee normală.[1] *Arcus lipoides* se prezintă sub diverse forme, de la cea a unui arc abia vizibil la polii corneii până la cea a unui inel complet dens. Dimpotrivă, alte opacităţi corneene periferice legate de vârstă se estompează, de obicei, spre limbus.[7] Arcul este mai frecvent la rasa neagră decât la cea caucaziană[8] şi, respectiv, la bărbaţi, faţă de femei.[1]

Xantelasma palpebrarum, cel mai des întâlnit xantom cutanat, constă în plăci moi, galbene, ce apar pe faţa medială a pleoapelor, bilateral. Cel mai adesea se întâlneşte la adulţii de vârstă medie şi mai în etate. Dislipidemia cea mai frecvent asociată cu xantelasma este creşterea nivelului de LDL-colesterol. Atât xantelasma cât şi arcul cornean sunt alcătuite din esteri de colesterol similari celor observaţi în LDL-colestrolul seric şi în VLDL-colesterol (very low density lipoprotein-cholesterol). Ele au factori de risc asemănători şi prezintă similitudini fiziopatologice cu ateroscleroza,[1,9] dar pacienţii normolipidemici pot şi ei să dezvolte arc cornean şi xantelasmă.[6,9]

Studiul efectuat de Christoffersen şi colab. a analizat 12 745 de persoane cu vârste cuprinse între 20 şi 93 de ani, fără boală vasculară ischemică iniţial, care au fost urmărite între 31 şi 33 de ani. După controlul pentru factorii de risc cardiovascular stabiliţi, xantelasma a fost factor de risc predictiv pentru: infarct miocardic (raportul riscului 1,48, interval de încredere 95% 1,23 – 1,79), boală cardiacă ischemică (1,39, 1,20 – 1,60), ateroscleroză severă determinată prin indicele gleznă/braţ (1,69, 1,03 – 2,79) şi deces (1,14, 1,04 – 1,26). Riscul de cardiopatie ischemică a devenit mai mare (1,56, 1,25 – 1,94) când xantelasma şi arcul cornean au fost amândouă prezente, dar nu s-a modificat semnificativ pentru alte variabile.

Rezultatele arată că xantelasma este un factor predictiv important pentru evenimentele legate de boala cardiovasculară şi de deces, în afara asocierii cunoscute cu hiperlipidemia. Observaţiile sunt concordante cu cele ale unui studiu anterior, de tip caz-control, care a relevat o prevalenţă mai mare a bolii cardiovasculare la subiecţii cu xantelasma (11%), faţă de cei din grupul de control cu aceleaşi caracteristici (1%).[10] La fel, un studiu populaţional mai mare, de cohortă, a arătat că xantelasma a fost factor predictiv pentru mortalitatea generală, deşi cea prin boală cardiovasculară nu a fost raportată.[3]

Rezultatele obţinute de Christoffersen şi colab. diferă, însă, de cele ale unei cercetări recente, mai restrânse,[2] ce a găsit rate similare ale evenimentelor clinice prin boli cardiovasculare la pacienţii cu şi fără xantelasmă (8% *v* 7%). În studiul lui Christoffersen şi colab., arcul cornean nu este predictiv în modelele multivariate – unele cercetări anterioare,[11] dar nu toate,[12] sunt în acord cu aceste date.

Ca orice studiu, şi cel de faţă are unele limitări. Rezultatele lui au fost obţinute pe baza analizării unei populaţii relativ omogene, preponderent caucaziană, nefiind incluse persoane de rasă neagră, la care arcul

Scanned with OKEN Scanner

cornean a fost, istoric, prevalent. Datele au fost colectate de către "asistente instruite sau tehnicieni de laborator medical," dar nu este clar dacă s-au făcut diferenţieri între *arcus lipoides* şi alte opacităţi corneene periferice înrudite. Aceasta este o potenţială problemă în alte studii[11] şi ar putea explica de ce arcul cornean nu a fost un factor de risc independent după ajustarea pentru vârstă în cohorta Framingham. Criticile menţionate sunt, însă, minore şi s-ar putea ca ele să reflecte, pur şi simplu, reţinerea pe care o avem în ceea ce priveşte abandonarea utilizării arcului cornean ca posibil marker pentru riscul de ateroscleroză, mai ales la persoanele cu valori mici ale lipidelor.

Ce semnificaţie au rezultatele prezentate pentru practică? În general, dovezile evidenţiază importanţa unei examinări fizice complete şi sugerează că xantelasma poate fi utilizată de către clinicienii generalişti pentru a identifica oamenii cu risc crescut de boală cardiovasculară – ei pot avea o predispoziţie biologică mai accentuată pentru depunerea de colesterol în ţesutul vascular şi moale, care nu este complet reflectată de profilul lipidic *à jeun*. Pentru că este compusă din celule spumoase similare celor din placa aterosclerotică, xantelasma poate fi un marker mai bun decât *arcus corneae* pentru procesul aterosclerotic intraarterial, aşa că e posibil ca pacienţii afectaţi să necesite un management mai agresiv al factorilor de risc.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Fernandez A, Sorokin A, Thompson PD. Corneal arcus as coronary artery disease risk factor. *Atherosclerosis* 2007;193:235-40.
2 Ozdol S, Sahin S, Tokgozoglu L. Xanthelasma palpebrarum and its relation to atherosclerotic risk factors and lipoprotein (a). *Int J Dermatol* 2008;47:785-9.
3 Menotti A, Giampaoli S, Seccareccia F. The relationship of cardiovascular risk factors measured at different ages to prediction of all-cause mortality and longevity. *Arch Gerontol Geriatr* 1998;26:99-111.
4 Christoffersen M, Frikke-Schmidt R, Schnohr P, Jensen GB, Nordestgaard BG, Tybjærg-Hansen A. Xanthelasmata, arcus corneae, and ischaemic vascular disease and death in general population: prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d5497.
5 Rifkind BM. Corneal arcus and hyperlipoproteinaemia. *Surv Ophthalmol* 1972;16:295-304.
6 Segal P, Insull W Jr, Chambless LE, Stinnett S, LaRosa JC, Weissfeld L, et al. The association of dyslipoproteinemia with corneal arcus and xanthelasma. The Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. *Circulation* 1986;73(1 Pt 2):108-18.
7 Sugar HS, Kobernick S. The white limbus girdle of Vogt. *Am J Ophthalmol* 1960;50:101-7.
8 Klein B, Klein R, Haseman J, Maready J, Hames C. Corneal arcus and cardiovascular disease in Evans County, Georgia. *Arch Intern Med* 1975;135:509-11.
9 Bergman R. The pathogenesis and clinical significance of xanthelasma palpebrarum. *J Am Acad Dermatol* 1994;30(2 Pt 1):236-42.
10 Ribera M, Pinto X, Argimon JM, Fiol C, Pujol R, Ferrandiz C. Lipid metabolism and apolipoprotein E phenotypes in patients with xanthelasma. *Am J Med* 1995;99:485-90.
11 Fernandez AB, Keyes MJ, Pencina M, D'Agostino R, O'Donnell CJ, Thompson PD. Relation of corneal arcus to cardiovascular disease (from the Framingham Heart Study data set). *Am J Cardiol* 2009;103:64-6.
12 Chambless LE, Fuchs FD, Linn S, Kritchevsky SB, Larosa JC, Segal P, et al. The association of corneal arcus with coronary heart disease and cardiovascular disease mortality in the Lipid Research Clinics Mortality Follow-up Study. *Am J Public Health* 1990;80:1200-4.

Antagoniştii receptorilor leucotrienelor ca tratament de primă linie sau ca adjuvant, în astm

Au o eficacitate mai mică decât cea a corticosteroizilor inhalatori, dar o eficienţă similară

ine M Ducharme
ssor, Departments of
iatrics and of Social
ntive Medicine, CHU
e-Justine University of

Astmul este una dintre bolile cronice cu cea mai mare prevalenţă în rândul copiilor şi al adulţilor. În ciuda medicamentelor eficace şi a ghidurilor bazate pe dovezi, majoritatea persoanelor afectate au un control suboptimal, chiar şi în ţările cu acces liber la serviciile de îngrijire a sănătăţii şi la medicaţie.[1-3] Există mai multe explicaţii posibile. Contro-

Scanned with OKEN Scanner

GEORGE MATTEI/SPL

Montreal, Montreal, QC, Canada, H3T 1C5
francine.m.ducharme@umontreal.ca

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul de dezvăluire ICMJE la www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil, la solicitare, de la autorul responsabil cu corespondența) și declară că: nu a avut niciun sprijin de la vreo organizație pentru lucrarea de față; a beneficiat, în ultimii trei ani, de granturi de cercetare de la Merck și de donații fără restricții de la Merck, Novartis și Nycomed, pentru a sprijini o bază de date cu copii suferinzi de astmș nu a avut nicio altă relație sau activitate ce ar fi putut influența lucrarea de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Leukotriene receptor antagonists as first line or add-on treatment for asthma
Have lower efficacy but similar effectiveness to inhaled corticosteroids

Citați articolul ca:
BMJ 2011;343:d5314
doi: 10.1136/bmj.d5314

lul astmului impune parcurgerea cu succes, de către pacienți și doctori, a unei succesiuni de evenimente: conștientizarea, de către bolnav, a faptului că simptomele sunt suficient de severe pentru a apela la asistență medicală; diagnosticarea adecvată și recunoașterea controlului deficitar de către doctor; identificarea exactă a cauzelor determinante ale verificării deficitare (factorii declanșatori de mediu, aderența la sugestiile terapeutice, tehnica de inhalare, comorbiditatea, tratamentul suboptimal sau combinații ale acestora); ajustarea corespunzătoare a tratamentului, dacă este indicată, și respectarea de către pacient, într-o măsură satisfăcătoare, atât a recomandărilor medicamentoase cât și a celor nemedicamentoase.

În consecință, pentru a evalua beneficiul unui medicament, trialurile ce vizează eficacitatea necesită o confirmare obiectivă a diagnosticului, o selecție atentă a subiecților cu privire la control și la comorbidități, o prescriere riguroasă a medicației și o monitorizare atentă a bolnavilor, toate acestea având drept rezultat un grad de utilizare a medicamentelor mai ridicat decât se întâlnește în mod obișnuit în practica clinică. Metaanalizele unor astfel de studii au confirmat clar superioritatea corticosteroizilor inhalatori atât în doze mici față de antagoniștii receptorilor leucotrienelor (LTRA) administrați ca monoterapie, cât și a β_2-agoniștilor cu acțiune prelungită față de LTRA utilizați ca adjuvanți ai corticosteroizilor inhalatori.[4,5] Prin urmare, în majoritatea ghidurilor naționale și internaționale se recomandă prescrierea LTRA, ca a doua linie terapeutică, fie singuri, fie ca tratament adjuvant.[6-9]

Până de curând, însă, nu se știa dacă, în practica din viața reală, eficiența curei cu LTRA – ca monoterapie ori ca tratament adjuvant – chiar reflectă rezultatele cercetărilor privitoare la eficacitate. Două trialuri pragmatice recente au analizat această întrebare prin recrutarea adulților din cabinetele de asistență primară;[9] diagnosticul de astm a fost pus de către un medic care nu avea la dispoziție datele de spirometrie pentru a documenta obstrucția, reversibilitatea ori hiperreactivitatea bronșică. În ambele studii, singurul criteriu de eligibilitate a fost ușoara alterare a calității vieții corelate cu astmul sau a controlului bolii. În trialul cu monoterapie, pacienții au fost randomizați fie către grupul cu LTRA, fie către cel cu corticosteroizi inhalatori, iar în cel cu tratament adjuvant, către LTRA *versus* β_2-agoniștii cu acțiune prelungită ca adjuvanți. Medicamentele au fost prescrise într-o modalitate deschisă – doctorii puteau să adauge, să schimbe sau să sisteze terapia în funcție de indicație, iar subiecții aveau posibilitatea să le solicite de la farmacie, la nevoie. Numărul persoanelor din loturile cu LTRA cărora li s-a recomandat să treacă pe altă clasă de medicamente sau să oprească tratamentul în cei doi ani de studiu a fost mai mare decât al celor cu aceleași indicații, din celelalte grupuri (31% *v* 21% în lotul cu monoterapie, și 25% *v* 0%, în cel cu tratament adjuvant), ceea ce sugera că răspunsul la LTRA a fost suboptimal. Pacienții erau în mod clar mai aderenți la LTRA decât la β_2-agoniștii cu acțiune prelungită ca tratament adjuvant. Rata ridicată de retenție (>90%) a ambelor trialuri a depășit-o pe cea a studiilor de eficacitate tradiționale. De notat, contrar cercetărilor ce vizau eficacitatea, nu s-a observat nicio diferență semnificativă între grupuri în ceea ce privește calitatea vieții, scorurile simptomelor sau exacerbările ce au necesitat corticosteroizi pe cale orală.

Așadar, cum poate exista o asemenea discordanță între studiile de eficacitate și cele de eficiență? Trăsăturile specifice trialurilor pragmatice reflectă aspecte importante ale practicii din viața reală; în acest caz, s-ar putea ca la rezultatele obținute să fi contribuit substanțial atât constatarea diagnosticului cât și nivelul de control, recomandarea medicului și aderența pacientului.

În trialurile de eficiență, aplicarea nerestrictivă a criteriilor de includere și a celor de excludere a implicat înrolarea unui spectru larg de pacienți – o atare abordare, deși se regăsește în practica uzuală, este supusă, în același timp, unor erori de diagnostic substanțiale, fapt evidențiat de un studiu canadian, în care o treime din adulții tratați pentru astm nu aveau boala respectivă.[10] Participanții prezentau obstrucție ușoară și un control al astmului

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

relativ bun, ceea ce ar fi putut diminua avantajul corticosteroizilor inhalatori și, respectiv, cel al β_2-agoniștilor cu acțiune prelungită față de LTRA, din moment ce se impunea doar rezolvarea unei inflamații bronșice minimale. Calitatea indicațiilor terapeutice ar fi putut influența și ea rezultatele, deoarece medicii tind să prescrie rețetele reînnoite pentru corticosteroizi inhalatori într-un număr insuficient, comparativ cu cele pentru LTRA.[11,12] Important de remarcat este că, așa cum au arătat și alte studii,[12] diferența de compensare a medicamentelor a favorizat LTRA atât față de corticosteroizii inhalatori (65% *v* 41%) cât și față de β_2-agoniști (74% *v* 46%). În lumina datelor prezentate apare, firesc, o întrebare interesantă: într-un atare context, este preferabil să se prescrie un tratament mai potent, ce s-ar putea să nu fie folosit bine ori suficient de des, sau unul mai puțin eficace, asociat cu o utilizare mai intensă?

Protocolul de studiu deschis, variabilitatea aderenței pacienților și heterogenitatea stilului de prescriere al medicilor, ce a permis modificări ale tratamentului, au maximizat validitatea externă, în dauna celei interne însă. "Parazitarea" suplimentară produsă de problemele de protocol a diminuat orice efect real al terapiei până la ipoteza nulă, atunci când s-a efectuat analiza legată de tratament. Așadar, înainte de-a echivala "non-semnificația" cu "echivalența", aceste trialuri trebuie să fie analizate *per* protocol – adică, restrângând analiza la medicii și pacienții care au utilizat medicamentele așa cum au fost ele alocate prin randomizare și cenzurând datele obținute după întreruperea sau schimbarea tratamentului, ori după adăugarea unei alte terapii. În aceste trialuri, în niciuna dintre analizele *per* protocol nu a fost întrunită echivalența statistică. În plus, afectarea ușoară a pacienților înrolați a redus posibilitatea identificării unei diferențe importante între loturi, rezultând un efect de plafonare. Comparațiile între grupuri cu privire la rata exacerbărilor în trialul cu monoterapie nu au avut putere, fapt demonstrat de intervalele de încredere largi. Evident, o analiză *per* protocol nu poate compensa problemele ce țin de structura studiului (de pildă, modelul randomizării deschise, efectul de plafonare sau lipsa de putere), ce ar putea să introducă factori de eroare și să atenueze diferențele aparente dintre grupuri.

Așadar, ce ar trebui să prescriem? Cert este că trialurile privind eficacitatea și cele pragmatice aduc informații diferite și complementare pentru luarea deciziilor, ce ar trebui să fie avute în vedere de către cei care se ocupă de elaborarea ghidurilor terapeutice. În acest moment există date științifice, dar nu și dovezi, ce atestă că diferența dintre efectul clinic al opțiunii pentru LTRA, fie *versus* corticosteroizi inhalatori ca monoterapie, fie *versus* β_2-agoniștii cu acțiune prelungită ca tratament adjuvant este mai mică în practica generală decât în trialurile axate pe eficacitate, mai ales când medicația poate fi modificată în cazul în care controlul bolii este nesatisfăcător. În prezent nu este clar ce legătură(i) din secvența de evenimente alterează eficacitatea în astfel de trialuri, dar pot fi implicați mai mulți factori, așa că se impun noi cercetări care să aducă lămuririle necesare. Și totuși, nu trebuie să renunțăm la medicamentele cu eficacitate ridicată, ci să identificăm corecțiile de care e nevoie pentru le a maximiza beneficiile. În plus, nu se poate porni de la premisa că datele observate vor fi valabile și într-o clinică specializată sau la copii – în asemenea situații, informații importante pot fi furnizate de un trial pragmatic, proiectat în vederea diminuării factorilor de eroare, a documentării riguroase a modelelor de prescriere ale medicilor și-a aderenței pacienților. Au fost trase, însă, învățămintele necesare: este momentul să se investească în studii clinice pragmatice pentru a dovedi eficacitatea tratamentelor și este necesar ca datele obținute să susțină elaborarea ghidurilor terapeutice pentru astm. În fond, la bolnavii cu simptomatologie ușoară, din asistența primară, LTRA ca monoterapie sau ca tratament adjuvant poate să nu fie o alegere chiar atât de proastă.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Rabe KF, Adachi M, Lai CK, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB, et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:40-7.

2 Peters SP, Jones CA, Haselkorn T, Mink DR, Valacer DJ,

Weiss ST. Real-world Evaluation of Asthma Control and Treatment (REACT): findings from a national web-based survey. *J Allergy Clin Immunol* 2007;119:1454-61.
3 Fitzgerald JM, Boulet LP, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: the Reality of Asthma Control (TRAC) study. *Can Respir J* 2006;13:253-9.
4 Ducharme FM, Di Salvio F. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database System Rev* 2004;1:CD002314.
5 Ducharme FM, Lasserson TJ, Cates CJ. Long-acting beta2-agonists versus anti-leukotrienes as add-on therapy to inhaled corticosteroids for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD003137.
6 Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Global initiative for asthma. 2010. www.ginasthma.org/guidelines-gina-report-global-strategy-forasthma.html.
7 British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guidelines on the management of asthma—a national clinical guideline British Thoracic Society. 2009. http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Asthma/Guidelines/sign101%20revised%20June%2009.pdf.
8 Lougheed MD, Lemiere C, Dell SD, Ducharme FM, Fitzgerald JM, Leigh R, et al. Canadian Thoracic Society asthma management continuum—2010 consensus summary for children six years of age and over, and adults. *Can Respir J* 2010;17:15-24.
9 Price D, Musgrave SD, Shepstone L, Hillyer EV, Sims EJ, Gilbert RF, et al. Leukotriene antagonists as first-line or add-on asthma-controller therapy. *N Engl J Med* 2011;364:1695-707.
10 Aaron SD, Vandemheen KL, Boulet LP, McIvor RA, Fitzgerald JM, Hernandez P, et al. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ* 2008;179:1121-31.
11 Dorais M, Blais L, Chabot I, LeLorier J. Treatment persistence with leukotriene receptor antagonists and inhaled corticosteroids. *J Asthma* 2005;42:385-93.
12 Blais L, Kettani FZ, Lemière C, Beauchesne MF, Perreault S, Elftouh N, et al. Inhaled corticosteroids vs leukotriene-receptor antagonists and asthma exacerbations in children. *Respir Med* 2011;105:846-55.

Abuzul asupra vârstnicilor

Depăşeşte sfera asistenţei medicale şi sociale, implicând sectorul financiar şi pe cel legal

STEVE TAYLOR/GETTY

Martin Mulroy specialist registrar
Desmond O'Neill professor
Centre for Ageing, Neuroscience, and the Humanities, Trinity College Dublin, Dublin 2, Ireland
doneill@tcd.ie

Conflicte de interese: Ncicunul de declarat.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Elder abuse
Extends beyond health and social care to the financial and legal sectors

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d6027
doi: 10.1136/bmj.d6027

European Regional Office of the World Health Organization (Biroul Regional European al OMS) a publicat recent un raport asupra prevenirii tratamentelor abuzive aplicate persoanelor în vârstă.[1] Extras din programul OMS de protecţie împotriva violenţei, documentul prezintă succint amploarea unor asemenea abordări terapeutice şi a schimbărilor demografice din Europa; factorii de risc corelaţi atât cu victimele cât şi cu autorii abuzurilor la adresa bătrânilor; eficacitatea programelor dedicate combaterii problemei şi politicile pentru prevenirea, depistarea şi managementul ei.

Maltratarea bătrânilor (cunoscută mai ales sub denumirea de abuz asupra vârstnicilor) este o problemă globală ce afectează milioane de persoane în etate din Europa, unde este responsabilă pentru 2 500 de decese pe an. Este dificil să i se determine cu precizie prevalenţa, dat fiind faptul că, în special pentru formele cele mai frecvente de abuz (psihologic şi financiar) la vârstnici, diferă, de la o ţară la alta, atât definirea termenului cât şi normele sociale. O sinteză sistematică ce viza prevalenţa fenomenului în speţă a arătat că 6% dintre persoanele vârstnice din populaţia generală au raportat abuzuri grave în ultima lună, ratele fiind semnificativ mai mari la categoriile vulnerabile.[2] Demenţa este un factor de risc deosebit de important.[3] Pe lângă suferinţa provocată de variatele forme de abuz, costurile lor directe şi indirecte sunt considerable.[4]

Populaţiile îmbătrânesc şi trăiesc mai mult, aşa încât cuantumul manifestărilor abuzive va creşte invariabil dacă nu vor fi legiferate, la nivel naţional şi regional, sisteme de identificare a maltratării şi strategii de prevenire a fenomenului. Documentele oficiale preliminarii privind asemenea iniţiative în Europa sunt încurajatoare.[5] Raportul menţionat anterior subliniază că modelul bio-psiho-social explică numai parţial fenomenul şi că trebuie avuţi în vedere şi factorii culturali, cei de mediu şi – extrem de important – cei economici. Dacă luăm în considerare, însă, faptul că raportul a fost elaborat pe baza unui program de prevenire a violenţei, poate că nu e de mirare atenţia disproporţionată pe care o

Scanned with OKEN Scanner

acordă maltratării fizice, în detrimentul încadrării abuzului asupra bătrânilor în sfera mult mai largă a responsabilităților de la nivelul societății, dincolo de cea a asistenței medicale și sociale.

O atare abordare deficitară, observată mai ales în cazul abuzului financiar (al doilea ca frecvență în multe studii), este expresia unuia din cele mai disputabile aspecte ale fenomenului de abuz asupra bătrânilor: marea parte a studiilor, metodologiilor și a programelor de pregătire destinate înțelegerii respectivului fenomen au fost concepute în cadrul sectoarelor de asistență medicală și socială, dar cele mai multe dintre formele lui de manifestare apar în afara mediilor menționate.

Conform estimărilor, șase milioane de vârstnici europeni suferă un abuz financiar, iar numărul lor poate crește ca rezultat al recentei recesiuni economice. Astfel, devine vitală implicarea sectoarelor financiar, bancar și legislativ – un demers dificil însă, din cauza analfabetismului gerontologic (eșecul adaptării politicilor și practicii la progresele din domeniul științelor gerontologice), larg răspândit în sectorul economic.[6] Dovezile izolate sugerează că profesiile juridice și legislative sunt, de asemenea, îngrijorător de ignorante în privința abuzului față de bătrâni.[7]

Există, totuși, semne promițătoare: implicarea sistemului bancar din unele state americane și din Australasia și o primă declarație de intenție (chiar dacă e destul de modestă) din partea British Banking Association, ce vizează activitatea bancară pentru clienții vulnerabili.[8] În plus, o bancă de referință s-a angajat într-un proiect important de cercetare gerontologică din Marea Britanie, axat pe experiența, judecățile și luarea de decizii de către lucrătorii sociali, specialiștii din sănătate și cei din sistemul bancar, în depistarea abuzului asupra persoanelor vârstnice.[9] Un atare tip de cercetare va fi util pentru elaborarea strategiilor bazate pe dovezi ce ar putea mări sensibil pragul de vârstă pentru practicile bancare favorabile deja în vigoare în Noua Zeelandă și în alte regiuni ale globului – ele includ instruirea, oportunitatea monitorizării conturilor și legătura strânsă între bănci, serviciile de protecție și poliție.[10]

Esențial pentru dezvoltarea unor asemenea inițiative este ca tuturor actorilor implicați, inclusiv băncilor, să li se arate clar care sunt beneficiile unui sistem bancar prielnic vârstnicilor, capabil să câștige încrederea – o componentă foarte valoroasă a unui serviciu comercial – unui segment de consumatori din ce în ce mai vârstnici. Încurajarea sectorului sanitar în vederea implicării în acest mod, alături de sectoare din afara asistenței medicale și sociale, este oferită prin programele cetățenești ale OMS, binevoitoare cu vârstnicii, cu un pregnant caracter novator.[11] În contrast cu răspunsul, adesea ezitant, al sistemelor de sănătate, legat de adaptarea la nevoile specifice vârstnicilor, este uimitor modul în care consiliile orășenești, urbaniștii și politicienii au îmbrățișat cu entuziasm oportunitatea adaptării mediului urban pentru populațiile îmbătrânite. Se nasc, astfel, excelente oportunități, propice interacțiunii pe subiecte relevante pentru vârstnici, cu sectoare care în mod obișnuit nu au experiența celor din sistemul medical și de asistență socială.

O abordare similară pentru sectoarele financiar, al pensiilor și legislativ ar fi deosebit de valoroasă și utilă pentru impulsionarea colaborării necesare elaborării unei legislații suportive la nivel național și european, asemănătoare cu Elder Justice Act, din 2010, din SUA.[12] Dat fiind faptul că puține țări din Europa au o politică națională privind maltratarea vârstnicilor,[1] nevoia unei conlucrări semnificative între sectoarele de asistență medicală și socială și celelalte structuri ale societății europene nu a fost niciodată mai presantă decât acum.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. WHO. 2011. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
2 Cooper C, Selwood A and Livingston G. Prevalence of older adult abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008;37:151-60.
3 Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. *Clin Geriatr Med* 2005;21:315-32.
4 Jackson L. The cost of elder abuse in Queensland: who pays and how much. 2009. www. eapu.com.au/Portals/0/Cost%20of%20EA%20in%20Qld%20-%20EAPU%20June%2009.pdf.

Scanned with OKEN Scanner

Centrul pentru Managementul Serviciilor de Sanatate

CENTRUL PENTRU MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE (CMSS) este o companie privată înființată de profesioniști în domeniul managementului în sănătate, care oferă servicii de consultanță, instruire și aplicații software integrate pentru codificare clinică.

Consecvenți politicii sale **CMSS** vine în întâmpinarea necesităților dumneavoastră cu soluții concrete care să vă eficientizeze activitatea și care să contribuie la maximizarea veniturilor instituțiilor dumneavoastră:

SERVICII DE CONSULTANȚĂ ȘI ANALIZE ALE ACTIVITĂȚII CLINICE DRG A SPITALULUI

- prevalidare pentru **toate regulile de validare** stabilite de către SNSPMPDS, astfel încât riscul invalidării foilor de observație să devină extrem de mic.
- analize și rapoarte complexe, personalizate pentru cerințele specifice spitalului, la nivel global, de secție sau medic.

SOFTWARE pentru codificare clinică

- **CMSS** oferă produse software pentru codificare clinică – produse ce conțin grouperul de codificare în vederea îmbunătățirii activității de codificare clinică.
- **CMSS Coder** – este o aplicație software ce permite introducerea tuturor datelor clinice ale pacienților externați și permite deasemenea o radiografie exactă a codificării clinice.
- aplicația software atenționează utilizatorii asupra erorilor de codificare ce trebuiesc imediat corectate și permite perfecționarea codificatorilor din spital.
- în orice moment aplicația afișează valoarea relativă a cazului, durata de spitalizare și venitul obținut de spital.
- Aplicația este un produs informatic realizat de specialiștii noștri în colaborare cu programatori din Australia, specialiști internaționali în sisteme de grupare clinică.

CURSURI PENTRU CODIFICATORI CLINICI

- **CMSS** oferă cursuri de instruire în codificare clinică de lungă durată, l a distanță pe o perioadă de 6-12 luni împreună cu partenerul nostru exclusiv Health Information Management Association of Australia (HIMAA), absolvenții acestor cursuri devenind codificatori profesioniști cu certificare cu recunoaștere internațională.
- Cursuri de scurtă durată inclusiv la sediul beneficiarului pe specialități clinice

ELABORAREA DE POLITICI DE SĂNĂTATE, MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, INCLUSIV PROIECTE EUROPENE.

EXPERTIZĂ ȘI COMPETENȚĂ ÎN PROCESUL DE ACREDITARE AL SPITALELOR

CMSS pune la dispoziția instituțiilor medicale o gamă complexă de produse și servicii toate acestea fiind certificate de sute de utilizatori din toată țara și aceasta reprezintă cel mai bun certificat de garanție și calitate.

Scopul nostru declarat este să oferim
SOLUȚII SĂNĂTOASE
în Sistemul Sanitar Românesc.

Scanned with OKEN Scanner

5 Clancy M, McDaid B, O'Neill D, O'Brien JG. National profiling of elder abuse referrals. *Age Ageing* 2011;40:346-52.
6 Martin R, Williams C, O'Neill D. Retrospective analysis of attitudes to ageing in the Economist: apocalyptic demography for opinion formers. BMJ 2009;339:b4914
7 O'Neill D. Don't bank on being protected in your old age. *Irish Times* 2011. www.irishtimes.com/newspaper/health/2011/0419/1224294972299.html.
8 British Banking Association. Safeguarding vulnerable customers. 2010. www.bba.org.uk/download/1208.
9 Davies M, Harries P, Cairns D, Stanley D, Gilhooly M, Gilhooly K, et al. Factors used in the detection of elder financial abuse: a judgement and decision-making study of social workers and their managers. *Int Social Work* 2011;54:404-20.
10 New Zealand Bankers Association. Voluntary guidelines to assist banks to meet the needs of older and disabled customers. 2007. www.nzba.org.nz/banking-standards/code-ofbanking-practice/voluntary-guidelines-to-assist-banks-to-meet-the-needs-of-older-anddisabled-customers/.
11 Heathcote E. Older people: old age and the city. *BMJ* 2011;343:d4418.
12 Alford DM. The Elder Justice Act. *J Gerontol Nurs* 2011; published online 15 June. doi:10.3928/00989134-20110603-01.

Evaluarea beneficiilor pentru sănătate ale gestionării problemei modificărilor climatice

Sunt necesare măsuri serioase, alături de o colaborare interdisciplinară

STEVE TAYLOR/GETTY

Anita Charlesworth chief economist , Nuffield Trust, London, UK
Alastair Gray professor of health economics , Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford, Oxford, UK
David Pencheon director, NHS Sustainable Development Unit, Cambridge CB21 5XB, UK
david.pencheon@sdu.nhs.uk
Nicholas Stern IG Patel professor of economics and government, Grantham Research Institute on Climate Change and the Environment, London School of Economics and Political Science, London, UK

Conflicte de interese: Ncicunul de declarat.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Sistemele de sănătate de pretutindeni nu duc lipsă de provocări serioase, cum sunt: gestionarea cererii; controlul costurilor; îmbunătățirea accesului, a calității și a transparenței; adoptarea de noi tehnologii și implicarea pacienților și a publicului. Problemele mai recente includ: creșterea populațională; competiția pentru resursele limitate de energie, hrană și apă; modificările climatice tot mai semnificative.[1] Acestea trebuie să fie introduse pe lista de priorități și gestionate, la nivel global, fiindcă altfel, conform dovezilor concludente existente, ele ar putea să genereze mari probleme economice și sociale, o accentuare a fenomenului migrațional, ca și declanșarea unor conflicte.[2, 3] Rezultatele cercetărilor sugerează că imperativul abordării neîntârziate a unor asemenea dificultăți ar putea reprezenta, pentru angajații din sectorul sanitar, prilejul optim pentru căutarea unor soluții și la problemele mai vechi, cu care se confruntă în mod tradițional sistemele respective.

Din fericire, acțiunile care contribuie la atenuarea efectelor modificărilor climatice pe termen lung au și capacitatea de-a ameliora sănătatea individuală și cea globală.[4] De exemplu, consumul excesiv de carne roșie procesată nu este benefic pentru sănătatea imediată sau pentru supraviețuirea în mediu pe termen lung, iar folosirea combustibilului fosil pentru deplasare poate să fie nocivă pentru sănătate, fiind, totodată, intens poluantă.[5] Tot mai multe dovezi arată că pot fi puse la punct modele de îngrijire specifice pentru anumite afecțiuni, precum infarctul miocardic,[6] bolile renale[7] și diabetul,[8] pornind de la abordări cât mai centrate pe pacient și mai sensibile la problema mediului înconjurător.

Pentru a ne asigura că progresele înregistrate la nivelul serviciilor medicale și al sănătății publice globale sunt informate și susținute de cercetare este necesară gestionarea a două domenii specifice. În primul rând, sistemele de sănătate au nevoie de proiectarea și aplicarea unor metode valabile și coerente de includere, în cadrul modelelor de sănătate și de asistență medicală, a sustenabilității și a evaluării de risc pentru mediu. Se impune, astfel, depășirea indicilor clasici de evaluare a sănătății ca, de exemplu, anii de viață ajustați în funcție de calitate (quality adjusted life years – QUALY's). Într-adevăr, în versiunea ei cea mai nouă, *Treasury's Green Book* din Marea Britanie (ghid referitor la aprecierea și evaluarea tuturor

Scanned with OKEN Scanner

Assessing the health benefits of tackling climate change
Robust measures and interdisciplinary collaboration are needed

Citați articolul ca:
BMJ 2011;343:d6520
doi: 10.1136/bmj.d6520

politicilor, programelor și proiectelor) afirmă că "analizele sociale cost-beneficiu caută să evalueze valoarea netă a unei politici sau a unui proiect pentru societate, ca întreg", făcându-se trimitere directă la sănătate.[9] Sunt imperios necesare metode general acceptate pentru evaluarea întregului impact social al sănătății și al serviciilor medicale, pentru a ne asigura că vor fi valorificate ocaziile generatoare de progres în domeniul binelui social și că vor fi evitate daunele inutile (de exemplu, utilizarea iresponsabilă a resurselor, modificările climatice ireversibile ori chiar conflictele interumane). În esență, aceasta se traduce prin examinarea și evaluarea sistematică a impactului exercitat asupra mediului de consumul de resurse și de emisiile de carbon asociate cu serviciile medicale. Doar în aceste condiții vor putea fi proiectate modele de îngrijire superioare, în care sustenabilitatea devine una dintre dimensiunile calității.[10] Ar deveni posibil, astfel, să se efectueze comparații între beneficiile sociale reale și costurile diferitelor modele de îngrijire, una dintre consecințele naturale fiind reevaluarea priorităților. În speță, includerea factorului mediu înconjurător (cu costuri și beneficii aferente) în evaluările intervențiilor din sănătate va permite alinierea stimulentelor în vederea obținerii unor modele de prevenție și de îngrijire mai sustenabile din punct de vedere financiar, clinic și ecologic. Într-un atare context ar trebui recunoscută dimensiunea contribuției sănătății (publice și private) la întreaga economie – referindu-ne numai la resurse, în 2009 au fost cheltuite pentru sănătate circa șase procente din venitul național (evaluat în mod convențional) în toate țările și aproape 11% în statele membre ale Organisation for Economic Cooperation and Development (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică).[11]

În al doilea rând, este necesar să se agreeze modalitatea de evaluare a costurilor și a valorii beneficiilor asupra sănătății, pe care rezolvarea problemei climatice le poate genera imediat și pe termen lung. Numeroasele efecte favorabile ale reducerii emisiilor de dioxid de carbon, atât asupra sănătății cât și la nivel de economie, trebuie să fie studiate, clasificate și evaluate. Importanța acestor acțiuni a fost recunoscută în analiza Stern.[12]

Conceperea și convenirea asupra unor metode de evaluare a beneficiilor pentru sănătate necesită colaborare atât la nivel interdisciplinar, între angajații din sănătate, economiști și cercetătorii mediului înconjurător, cât și între diverse agenții – ministerul energiei și modificărilor climatice; cel al mediului înconjurător, alimentației și problemelor rurale; al Sănătății; și Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică – pentru a garanta rigoarea respectivelor demersuri, de pe urma cărora vor avea de câștigat pacienții, publicul și generațiile viitoare. Se impune cuantificarea multiplelor beneficii, astfel încât să fie stimulată implicarea activă a tuturor segmentelor sistemelor de sănătate pe plan global, de la asistentele medicale și doctorii care lucrează în fiecare unitate de îngrijire a sănătății și până la giganții din industria farmaceutică.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

1 Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009;373:1693-733.
2 Jarvis L, Montgomery H, Morisetti N, Gilmore I. Climate change, ill health, and conflict. *BMJ* 2011;342: d1819.
3 Gilding P. The great disruption: how the climate crisis will transform the global economy. Bloomsbury, 2011.
4 Griffiths J, Rao M. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse gas emissions. *BMJ* 2009;339;b4952.
5 Roberts I, Edwards P. The energy glut: the politics of fatness in an overheating world. Zen Books, 2010.
6 Zander A, Niggebrugge A, Pencheon D, Lyratzopoulos G. Changes in travel-related carbon emissions associated with modernization of services for patients with acute myocardial infarction: a case study. *J Public Health* 2011;33:272-9.
7 Connor A, Mortimer F, Higgins R. The follow-up of renal transplant recipients by telephone consultation: three years experience from a single UK renal unit. *Clin Med* 2011;11:242-6.
8 NHS Sustainable Development Unit, Forum for the Future. Fit for the Future. Scenarios for low-carbon healthcare 2030. Cambridge: 2009.
9 HM Treasury. The green book. 2011. www.hm-treasury.gov.uk/data_greenbook_index.htm.
10 Atkinson S, Ingham J, Cheshire M, Went S. Defining quality and quality improvement. *Clin Med* 2010;10:537-9.
11 World Bank. Data. 2009. http://data.worldbank.org/indicator/.
12 Stern N. Stern review on the economics of climate change. 2006. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http:/www.hm-treasury.gov.uk/sternreview_index.htm.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Rata deceselor premature este aproape dublă în SUA comparativ cu Franţa

Janice Hopkins Tanne NEW YORK

Un nou studiu în care s-a analizat situaţia deceselor evitabile în rândul persoanelor cu vârste sub 75 de ani a constatat că, faţă de alte 15 ţări industrializate, numărul acestora este mai mare în SUA, unde şi demersurile de prevenire a lor au un ritm mai lent.

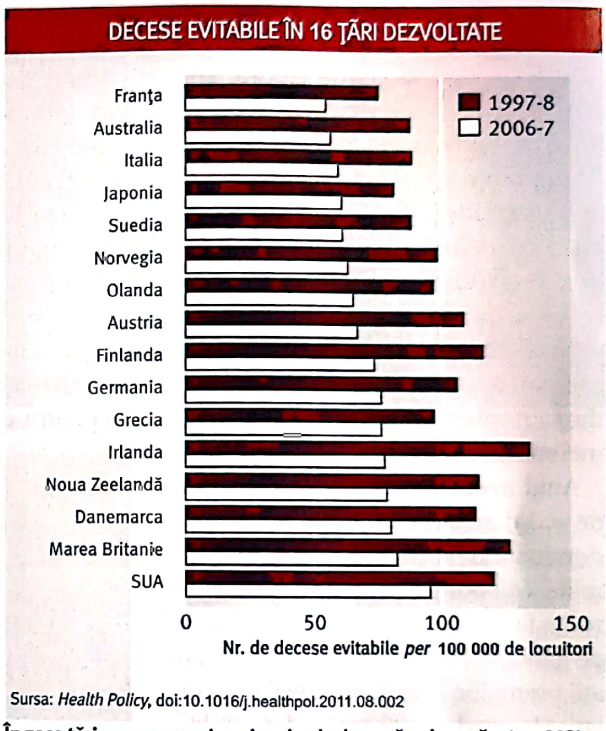
Marea Britanie se situează imediat după SUA, Danemarca pe locul trei, în timp ce Franţa este poziţionată la sfârşitul clasamentului, având celé mai bune rezultate în ceea ce priveşte mortalitatea prematură.

Decesele evitabile, definite şi ca mortalitate influenţabilă sau decese premature, sunt generate de diferite afecţiuni ce nu ar fi apărut dacă îngrijirea medicală ar fi fost eficientă şi oportună. Ele reprezintă circa un sfert din mortalitatea înregistrată în cazul ambelor sexe, la vârste mai mici de 75 de ani. Adesea, rata lor este interpretată ca o reflecţie a nivelului de performanţă dintr-un sistem de sănătate.

Studiul, publicat în *Health Policy* (doi:10.1016/j.healthpol.2011.08.002), compară progresele în domeniul prevenirii morţilor premature din perioada 1997-8 şi până în 2006-7, în 16 ţări. În 2006-7, Franţa a avut cea mai mică rată a deceselor evitabile (55 la 100 000 de locuitori), urmată fiind de Australia (57) şi Italia (60). Dacă SUA s-ar fi descurcat, în acelaşi interval de timp, la fel de bine ca şi statele anterior menţionate, ar fi fost prevenite circa 84 300 de decese, iar dacă ar fi reuşit să le coboare numărul la nivelul valorii medii al celorlalte 15 ţări analizate, ar fi fost evitate 59 000.

Statele cu cele mai ridicate rate au fost SUA (96), Marea Britanie (83) şi Danemarca (80).

Pe perioada vizată, în zece din cele 16 ţări analizate, cuantumul deceselor evitabile s-a micşorat cu 30% sau chiar mai mult, însă în SUA şi în Grecia nu s-au înregistrat decât reduceri de aproximativ 20%. "În consecinţă, în 2007, nivelul mortalităţii influenţabile în SUA a fost aproape dublu faţă de cel observat în Franţa, care avut cele mai mici valori. De asemenea, şi mortalitatea de orice cauză a avut valoare maximă în SUA", afirmă cercetătorii.



În zece ţări, pe parcursul unei perioade de nouă ani, a scăzut cu 30% mortalitatea influenţabilă

Studiul, realizat de Ellen Nolte, de la RAND Europe, Cambridge, şi de Martin McKee, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, a utilizat informaţii din baza de date OMS cu privire la mortalitate şi a fost susţinut financiar de Commonwealth Fund of New York, o fundaţie privată implicată în activităţi dedicate îmbunătăţirii performanţei sistemului de sănătate. Cercetătorii mai prezentaseră anterior, în 1997-8, date referitoare la decesele evitabile (*BMJ* 2003; 327:1129-32).

Potrivit afirmaţiilor autorilor, cazurile în care se considera că moartea putea fi prevenită printr-o îngrijire adecvată au avut drept cauze "infecţiile selectate la copii, cancerele tratabile, diabetul, afecţiunile cerebrovasculare şi hipertensiunea, complicaţiile procedurilor chirurgicale uzuale." Cercetătorii au inclus printre ele şi boala cardiacă ischemică, dar au estimat că doar jumătate din decesele provocate de aceasta puteau fi preîntâmpinate prin tratament; de fapt, reducerea cuantumului de decese evitabile s-a datorat, parţial, scăderii ratei mortalităţii determinate de maladia citată.

Premature death rate in US is almost double that in France

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;343:d6352

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Premiile Ig Nobel celebrează cercetările despre răul de mişcare şi controlul sfincterian

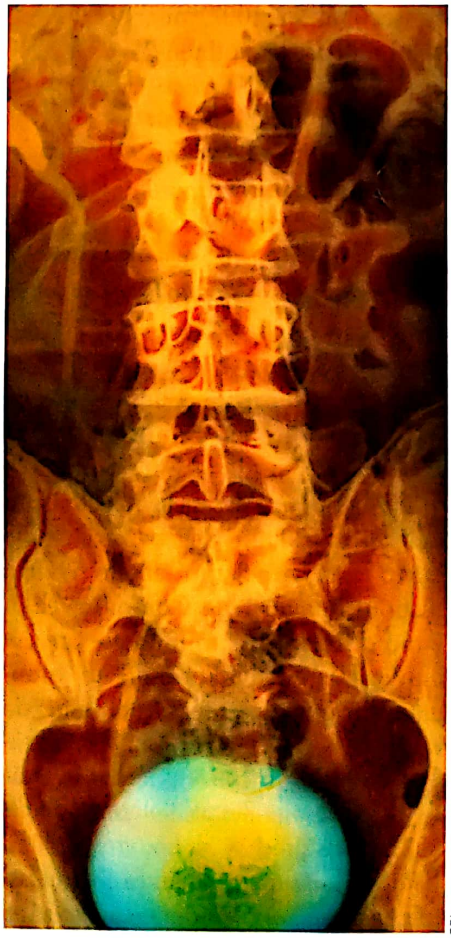
Jeanne Lenzer BOSTON

Dacă v-aţi întrebat vreodată de ce aruncătorii de disc, dar nu şi cei de ciocan, ameţesc în timp ce se învârtesc, ei bine, cauza a fost lămurită. "Aruncătorii de ciocan, ca şi balerinii sau patinatorii, utilizează fixarea privirii, ce permite inhibarea nistagmusului post-rotator", spune Philippe Perrin, cel care, împreună cu echipa sa de cercetători din Olanda şi Franţa, a primit premiul Ig Nobel pentru fizică în 2011, drept răsplată pentru dezlegarea enigmei răului de mişcare.

Anul trecut, cea de-a 21-a ceremonie de acordare a premiilor Ig Nobel a fost dominată de subiectele medicale. Premiile, ce onorează acel tip de ştiinţă care "te face iniţial să râzi, iar apoi să cazi pe gânduri", au fost înmânate de laureaţii premiilor Nobel, în cadrul universităţii Harvard, pe 29 septembrie 2011.

Profesorul Perrin, care predă fiziologia şi menţinerea echilibrului la Universitatea din Nancy, Franţa, şi este medic ORL-ist, a declarat pentru *BMJ* că fixarea privirii, ori perioadele de aţintire a ei asupra unor obiective din mediul înconjurător, la fiecare întoarcere, permit "suprimarea vizuală a stimulării aparatului vestibular şi fac posibilă reorientarea spaţială rapidă după încetarea rotirii, astfel menţinându-se echilibrul şi evitându-se ameţeala."

Premiul Ig Nobel pentru medicină a mers în 2011 către două grupuri de oameni de ştiinţă care au analizat efectul unei vezici pline asupra funcţiilor cognitive. Mirjam Tuk, care a vorbit în numele primei echipe de cercetare, a spus că au testat abilităţile cognitive ale voluntarilor la o jumătate de oră după consumarea unor cantităţi variabile de apă, pentru a vedea în ce măsură "controlul fiziologic îl poate facilita pe cel comportamental." Dr. Tuk a relatat că toţi cei care şi-au putut controla mai eficient vezica au avut o mai bună capacitate de-a amâna recompensa. Indivizii din această categorie au amânat sume mai mici de bani, acordate însă mai rapid, în favoarea unor sume mai mari, ce urmau să fie date după perioade mai lungi de timp. Adresându-se publicului, dr. Tuk a mai spus că "aceste observaţii sugerează că semnalele de control neurologic nu au specificitate de sarcină, ceea ce are implicaţii majore pentru controlul impulsurilor."



SPL

Durerea provocată de o vezică plină poate afecta procesul decizional al persoanei în cauză în aceeaşi măsură ca oboseala şi alcoolul

Cel de-al doilea grup de cercetători a fost reprezentat de Luk Warlop, de la Facultatea de Economie şi Afaceri din cadrul Universităţii Catolice din Leuven, Belgia; el a afirmat că au avut obiective mai ambiţioase, supunându-şi voluntarii la "încercări" şi mai mari: aceştia au fost solicitaţi să se abţină de la a urina până la apariţia durerii. Cercetătorii au descoperit că, la cei care aveau vezici urinare dureros de pline, abilitatea de a lua decizii era la fel de afectată ca şi la cei forţaţi să nu adoarmă timp de 24 de ore sau la cei care consumaseră alcool până la atingerea unei alcoolemii ce depăşea limita legală admisă pentru şofat. Exista, însă, o diferenţă importantă la cei cu vezici pline: spre deosebire de cei privaţi de somn sau în stare de ebrietate, capacitatea lor de a gândi limpede era instantaneu recuperată după o vizită la pisoar.

Premiul Ig Nobel pentru biologie a fost decernat cercetătorilor din Canada, Australia şi SUA pentru o lucrare intitulată "Cărăbuşi pe sticle: adulţii masculi din familia *Buprestidae* confundă sticlele de bere mai mici cu femelele". Se pare că astfel de sticle, mai mici şi mai îndesate, evocă nuanţa maro-oranj a "super-femelei" din specia respectivă, culoare extrem de apetisantă pentru cărăbuşii îndrăgostiţi. În ciuda pericolelor generate de temperaturile ridicate şi de prezenţa furnicilor prădătoare, cărăbuşii masculi au preferat să se împerecheze cu sticlele, ignorându-şi semenele. Bieţii cărăbuşi au plătit cu vârf şi îndesat eroarea de raţionament, sfârşind ca masă de prânz a furnicilor. Una dintre fotografiile ce înfăţişau un cărăbuş în acţiune a făcut deliciul audienţei. Se pare că, în momentul executării fotografiei, cel puţin un cercetător a auzit vocea plină de pasiune a cărăbuşului – "Ah, iubito!"

Scanned with OKEN Scanner

Ceremonia de decernare a premiilor a fost întreruptă pentru un anunț făcut de Deborah Anderson, cercetător la Harvard și câștigătoare a premiului Ig Nobel pentru medicină în 2009. Ea a prezentat noi date, adăugate între timp cercetării sale asupra efectelor spermicide ale băuturii Coca-Cola, spunând că, deși versiunea clasică a formulei răcoritoare ucide spermatozoizii într-o secundă, iar varianta dietetică este la fel de eficientă, "noile formule de Coca-Cola, ca și cea cu aromă de cireșe nu sunt eficiente". "Mare grijă când folosiți Coca-Cola pe post de contraceptive!", și-a avertizat ea auditoriul.

Lista completă a câștigătorilor poate fi consultată la: http://blogs.nature.com

Ig Nobel awards celebrate research studies of motion sickness and bladder control

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;343:d6353

Traducere: Dr. Madalina Geantă

Ţările în curs de dezvoltare trebuie să eficientizeze accesul la antibiotice

Ganapati Mudur DELHI

O conferință internațională asupra bolilor infecțioase, ținută în New Delhi, atrage atenția Indiei și altor țări în curs de dezvoltare asupra necesității intensificării eforturilor de a pune la dispoziția populațiilor rurale antibiotice de primă linie, concomitent cu măsurile de reducere a utilizării irațională a antibioticelor.

Primul Forum Global pentru Infecții Bacteriene s-a încheiat pe 5 octombrie 2011 cu următoarea concluzie: statele în curs de dezvoltare se confruntă cu o dublă provocare, reprezentată de mortalitatea provocată de infecții și de creșterea rezistenței la antibiotice, în mare parte datorată folosirii lor exagerate.

Un raport emis înaintea forumului, de către Global Antibiotic Resistance Partnership (Parteneriatul Global pentru Rezistența la Antibiotice), o coaliție internațională de experți din sănătate, a avertizat publicul asupra apariției și răspândirii rezistenței la antibiotice, care a "afectat considerabil" tratamentul infecțiilor bacteriene banale și letale (*Indian J Med Res* 2011;134:281).

MANISH SWARUP/AP/PA

Problemele Indiei sunt diferite de cele ale țărilor dezvoltate. Numeroși pacienți cumpără antibiotice direct din farmacii, deoarece fie nu-și permit să plătească și consultația la medic, fie nu au acces la doctor în regiunea unde trăiesc

Raportul a citat un studiu al OMS ce arătase că 58% din mostrele de *Escherichia coli* patogene din New Delhi erau rezistente la ciprofloxacină, un antibiotic uzual. Un alt studiu a arătat că tulpinile de enterococ rezistente la vancomicină sunt de cinci ori mai numeroase în India, comparativ cu media din restul lumii (*AJIC* 2011, in press; *J Hosp Infect* 2007;67:168).

"Însă nu putem permite ca preocuparea excesivă față de rezistența la antibiotice să stea în calea salvării unor vieți", a spus Ramanan Laxminarayan, vicepreședinte al departamentului de cercetare și politici de sănătate din cadrul Fundației de Sănătate Publică din New Delhi.

Developing countries must better target access to antibiotics

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;343:d6471

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Pregătirea medicală ar trebui să aibă un caracter mai diversificat, susţine comisia

Jacqui Wise LONDRA

O comisie independentă a solicitat atât punerea la punct a unor modalități mai eficiente de încurajare a medicilor talentați să aleagă o carieră în domeniul medicinei generale cât și modularea pregătirii profesionale astfel încât să dobândească o arie de cuprindere mult mai largă.

Comisia, stabilită de Royal College of General Practitioners (Colegiul Regal al Medicilor Generaliști) și de Health Foundation (Fundația pentru Sănătate), recomandă instituirea unei perioade obligatorii de activitate în medicina generală, în timpul primilor doi ani de pregătire ai absolvenților facultății de medicină.

Raportul comisiei sugerează și prelungirea, de la trei ani la cinci ani, a stagiului de formare pentru a deveni medic de familie, în vederea dobândirii unui statut egal cu al celorlalți doctori specialiști. Perioada de pregătire ar trebui să inclu-

Scanned with OKEN Scanner

dă stagii specifice în materii relevante pentru medicina generală, inclusiv pediatrie, probleme de învățare, sănătate psihică, îngrijire a pacienților cu boli terminale sau cu handicap și relația cu membrii familiilor unor astfel de bolnavi.

Amanda Howe, secretar onorific al Royal College of General Practitioners, a spus că salută raportul. Ea a declarat pentru *BMJ*: "Am susținut, de ceva timp încoace, prelungirea duratei de instruire. Dacă vrem oameni capabili să practice o medicină holistică, trebuie să găsim o modalitate de a-i pregăti în acest sens." Colegiul va folosi raportul ca bază de plecare pentru propriile investigații, incluzând participarea la evenimente regionale. Ulterior, va emite propriul raport (la începutul lui 2012).

Comisia afirmă că valoarea pregătirii medicale cu caracter general este, mult prea des, subestimată. Progresele rapide înregistrate în domeniul științelor medicale și al tehnologiilor folosite în sănătate au dus la dezvoltarea masivă a supraspecializărilor și, ca rezultat, medicina generală este o specie pe cale de dispariție în numeroase spitale.

Association of Surgeons (Asociația Chirurgilor) a declarat în scris că "termenul «generalist» are, în prezent, un caracter peiorativ" și că situația nu se va schimba decât dacă chirurgul generalist, medicul generalist și cel de familie vor fi răsplătiți pentru abordarea holistică a îngrijirii sănătății. O altă recomandare a raportului se adresează colegiilor medicale regale, care ar trebui să reevalueze traiectoriile profesionale și să pună la punct un sistem de recompense capabil să asigure necesarul de informații, sfaturi și stimulente ce i-ar putea atrage pe doctori către medicina generală.

Raportul mai susține că medicina generală, așa cum este ea practicată actualmente în Marea Britanie, nu servește trebuințele atâtor pacienți pe cât ar fi posibil.

Baroneasa Ilora Finlay: pacienții merită mai mult de atât

Ilora Finlay, președinta comisiei, a declarat: "Medicina generală se poate mândri cu un procent însemnat din totalul serviciilor medicale prestate, dar nu cu toate. Primul contact al unui copil bolnav ar trebui să fie cu medicul de familie instruit adecvat, însă doar jumătate din această categorie de doctori au beneficiat de pregătire pediatrică. Iar pacienții din centrele de îngrijire au nevoie de asistență specializată, care să țină cont de caracterul lor vulnerabil și de nevoile lor complexe".

Ghidarea pacienților într-o lume medicală complexă: generalismul medical modern poate fi găsit la adresa www.health.org.uk/generalism.

Medical training should be more generalist, says commission

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;343:d6465

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

VIAȚA MEDICALĂ
Săptămânal al personalului medico-sanitar

Un ziar de elită pentru cititori de elită. Un ziar care, cu o nouă formulă grafică, a depășit nr. 1000. Dispune de un corp redacțional bine calificat, colaboratori de prestigiu și o tematică variată, de la cea de strict interes profesional (inclusiv publicațiile pentru examene și concursuri, precum și posturile propuse personalului medical) la cea de largă respirație științifică și până la pagini de cultură. Cu o tradiție îndelungată, a devenit, pentru zecile de mii de cititori ai săi, un ziar de căpătâi. Asigură o publicitate de succes pentru cele mai cunoscute firme de medicamente.

Citiți „Viața medicală"!

Dispozitivul redacțional, antrenat cu profesionalism în publicarea săptămânalului, oferă condiții optime susținerii programului editării de cărți medicale și de beletristică, ai căror autori sunt medici, farmaciști și alți reprezentanți ai corpului medico-sanitar. Promptitudinea, calificarea, bunele condiții grafice, asigurarea unui raport echilibrat cost/calitate au condus la apariția unor cărți de valoare, notorii în lumea medicală românească.

Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

Adresa: str. Ion Brezoianu nr. 27, sector 1, cod 010131, București
Telefon: 021.315.61.09; fax: 021.315.69.80;
departamentul publicitate: 021.315.60.60
E-mail: vmr.redactia@clicknet.ro; Internet: www.vmr.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Tuberculoza în Marea Britanie – este timpul să recâştigăm controlul

Incidenţa tuberculozei este în creştere în multe oraşe mari din Marea Britanie. Situaţia este diferită, însă, de cea din majoritatea ţărilor europene, unde valorile ratei de îmbolnăvire sunt stabile sau descrescătoare. Explicaţia o dau **Ibrahim Abubakar şi colab.**, care arată şi ce anume ar trebui făcut pentru a recâştiga controlul în lupta cu boala

Ca urmare a modalităților facile de călătorie și a fenomenului migrațional, tuberculoza (TBC) a devenit din nou o problemă de sănătate publică în multe state europene.[1] În Marea Britanie, numărul de cazuri înregistrate a atins cel mai înalt nivel din anii '70 și până în prezent. În 2009 au fost declarate 9 040 de cazuri cu formă activă a bolii, ceea ce reprezintă o creștere cu 75% față de ultimii 20 de ani.[2] Multe îmbolnăviri apar în orașele mari (fig. 1). În materialul de față analizăm anvergura problemei, factorii ce accentuează latura epidemică a maladiei, punctele slabe ale actualelor strategii de control, lecțiile ce trebuie învățate din alte programe pentru urmărirea tuberculozei și acțiunile ce trebuie întreprinse pentru a recâștiga controlul asupra afecțiunii în speță în Marea Britanie.

Cine este bolnav de tuberculoză în Marea Britanie?

Majoritatea îmbolnăvirilor de TBC din Marea Britanie (73% în 2009) se constată la persoane născute în afara țării (fig. 2, tabelul 1).[3] Cele mai multe dezvoltă forma simptomatică a maladiei după câțiva ani de la sosirea în Marea Britanie (în 2009, aproape patru din cinci bolnavi locuiau în Marea Britanie de cel puțin doi ani). Studierea amprentei ADN-ului sugerează că majoritatea cazurilor care au fost o consecință a infectării latente cu *Mycobacterium tuberculosis* contractat în afara granițelor Marii Britanii.[4] Se formează, astfel, un rezervor de infecție latentă cu bacteria menționată, ce poate genera noi cazuri de tuberculoză.

Mycobacterium tuberculosis se transmite prin aerosoli și afectează disproporționat populația urbană marginalizată din zonele aglomerate (de exemplu, oamenii fără adăpost, utilizatorii de droguri și infractorii[2]). Ei se prezintă târziu la medic, au o complianță slabă la tratamentul prescris și rate scăzute de vindecare.[5,6] Astfel de persoane sunt, de cele mai multe ori, surse de infecție mai puternice decât alți pacienți cu TBC (având în vedere faptul că mulți au spută pozitivă) și au rate mai mari de rezistență de la medicamente.[5,7] Așadar, excluderea socială afectează valorile actuale ale ratei de îmbolnăvire.[7]

La persoanele cu infecție latentă provocată de *Mycobacterium tuberculosis*, contaminarea cu HIV, diabetul, boala renală cronică sau folosirea medicamentelor antifactor de necroză tumorală cresc riscul ca, în timp, să se instaleze forma activă a maladiei. Infecția cu HIV are prevalența cea mai ridicată în zonele geografice de unde provin și cele mai multe cazuri de tuber-

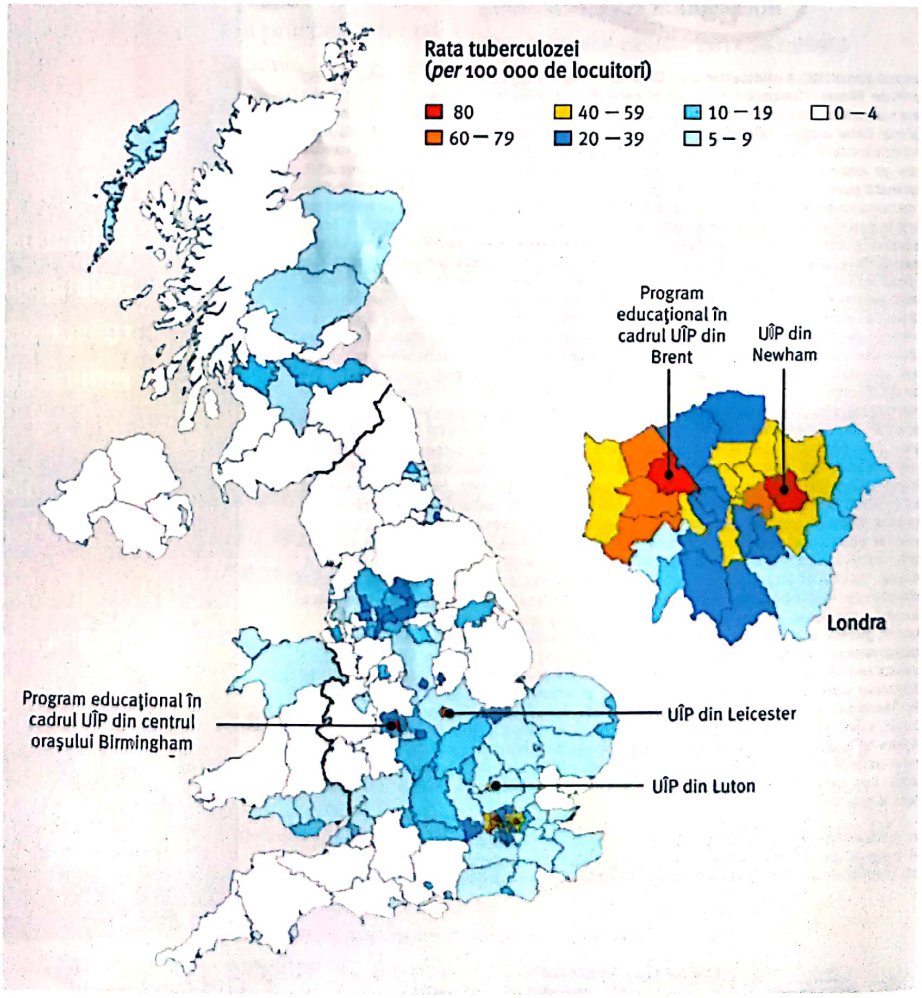


Fig. 1 | Rata medie a cazurilor de tuberculoză pe trei ani (2007-2009), la 100 000 de locuitori, pe unităţi de îngrijire primară (UÎP) (rate calculate pe baza datelor furnizate de Oficiul Naţional de Statistică pentru anul 2008)

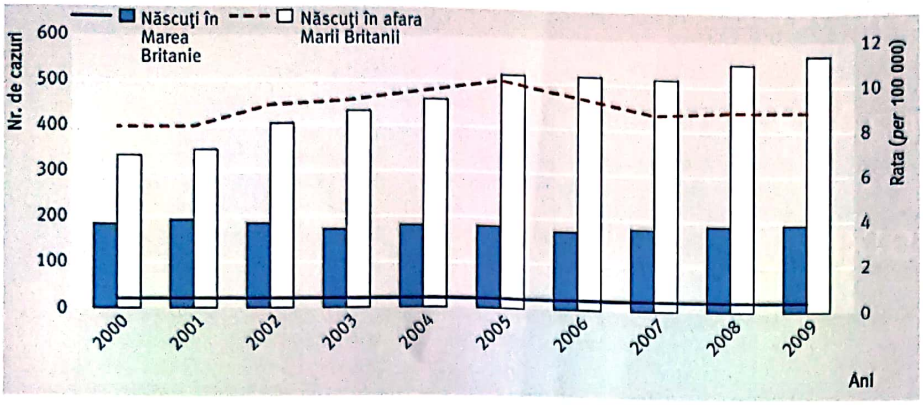


Fig. 2 | Cazuri de tuberculoză raportate şi rata *per* 100 000 de locuitori, în funcţie de locul naşterii, Anglia, 2009[3]

culoză din rândul indivizilor născuți în afara Marii Britanii (tabelul 1), iar 2-10% dintre cazurile de îmbolnăvire din Regatul Unit se întâlnesc la cei care sunt contaminați, concomitent, și cu HIV.[8]

Compararea Marii Britanii cu alte state

Rata actuală a tuberculozei din Marea Britanie o depășește pe cea din alte țări vest-europene, cu excepția Spaniei și Portugaliei, două state în care cuantumul de îmbolnăvire este, însă, în scădere (fig. 3). Diferența cheie o constituie originea geografică a imigranților.[9] O mare parte din cei aflați pe teritoriul britanic provin din țări cu prevalență ridicată a tuberculozei, precum India și Africa Sub-Sahariană. Și în SUA, rata bolii în rândul persoanelor originare din alte părți ale lumii este crescută, dar este în scădere la cei născuți atât în SUA cât și în afara granițelor Americii de Nord, în timp ce, în Marea Britanie, prevalența ei la persoanele născute aici a rămas neschimbată, iar la cele originare din alte țări a crescut.

Măsuri de control luate în Marea Britanie

Circa 10% dintre oamenii care au o infecție latentă cu *Mycobacterium tuberculosis* vor dezvolta, la un moment dat, forma activă a bolii. Controlul tuberculozei impune detectarea promptă și tratarea eficientă a maladiei, deopotrivă în cazurile cu formă activă, simptomatică, ca și în cele asimptomatice, latente, cu risc de reactivare. Măsurile actuale pentru depistarea TBC-ului la persoanele care intră în Marea Britanie includ screeningul selectiv pentru forma activă, înainte de emiterea vizei, prin radiografie toracică, în aeroporturile Heathrow și Gatwick, precum și urmărirea variabilă, pe plan local, a imigranților sosiți prin porturi. Din păcate, o atare strategie detectează doar un număr mic de cazuri.[11]

O revizuire a serviciilor care se ocupă de problema tuberculozei în Marea Britanie arată că în screeningul local există atât puncte forte cât și deficiențe.[12] De exemplu, din cele 112 trusturi de îngrijire primară din Anglia care au răspuns la un

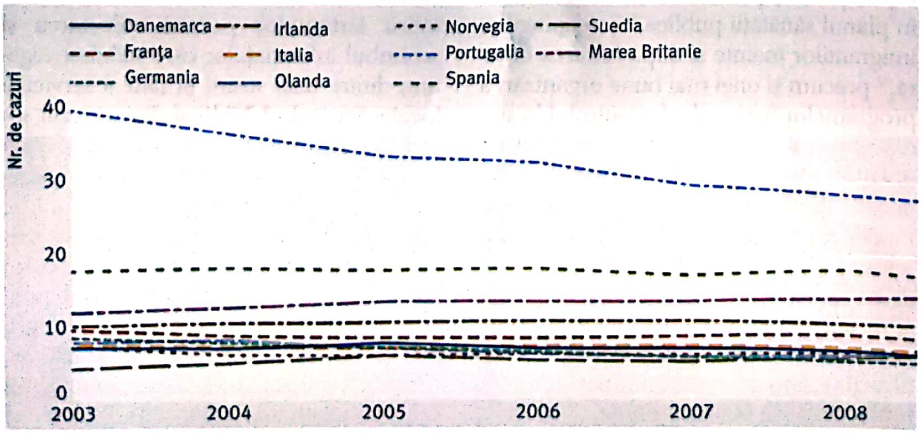


Fig. 3 | Compararea ratei cazurilor de tuberculoză la 100 000 de locuitori, între diferite țări (2003 - 2009)[10]

Tabelul 1| Originea geografică a persoanelor cu tuberculoză din Marea Britanie, născute în afara granițelor țării, 2009[3]

Originea geografică	Numărul de cazuri*
Asia de Sud	3167
Africa Sub-Sahariană	1704
Asia de Sud-Est	259
Europa de Vest	136
Europa Centrală	126
America de Sud, America Centrală și Caraibe	115
Asia de Est	102
Africa de Nord	60
Estul Mediteraneean	54
Europa de Est	46
America de Nord și Oceania	13
Total	5782

*Originea geografică nu a fost cunoscută pentru toate cazurile

sondaj, aproape jumătate au declarat că nu au un program de screening al imigranților și nici un serviciu destinat aplicării unor măsuri împotriva tuberculozei. Peste 40% din unitățile de îngrijire primară nu au un protocol local de colaborare cu autoritățile din serviciile sociale. Metodele utilizate pentru detectarea TBC-ului activ și a infecției latente cu *M. tuberculosis* după intrarea în țară a imigranților variază mult la scară națională. Într-adevăr, în regiunile britanice cu o prevalență ridicată a bolii se efectuează cel puțin un screening pentru forma latentă a maladiei, dar nici această procedură nu este aplicată în conformitate cu ghidurile National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE – Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică).[13]

În Londra s-a utilizat un serviciu mobil de diagnostic radiologic al persoanelor fără locuință sau al altor populații excluse social. Un studiu de tip caz-control, completat cu o analiză de modelare economică, a arătat că metoda este eficientă în grupurile dificil de supravegheat și reduce întârzierea diagnosticării cu până la două treimi față de cazurile care se prezintă de bună voie la medic.[14] Mulți dintre cei al căror rezultat, în urma radiografiilor toracice, sugera tuberculoza, nu au ajuns, însă, la serviciile medicale către care au fost îndrumați.[14]

Tratamentul maladiei este gratuit pentru toate persoanele care trăiesc în Marea Britanie, iar grupurile de imigranți au o rată de vindecare de aproximativ 83%,[2] deși cei care solicită azil au un acces scăzut la serviciile medicale.[15] Organizația Mondială a Sănătății își propune o țintă de vindecare de 85% în decurs de 12 luni de la

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2| Serviciile pentru controlul tuberculozei în Olanda, SUA şi Marea Britanie

	Olanda	SUA	Marea Britanie
Model de îngrijire	Unităţi pentru controlul tuberculozei care depind de autorităţile locale ţintesc latura socială a bolii, combinând servicii accesibile cu o clinică în care, într-o singură vizită, se efectuează screeningul, diagnosticul, investigarea contacţilor şi managementul tuberculozei. Sistemul oferă un screening robust al imigranţilor deşi pierderea lor din urmărire la screeningurile ulterioare, voluntare, este crescută	Programe de stat care au pus bazele unor trasee clinice de îngrijire, unul din punctele prevăzute fiind revizuirea fiecărei "cohorte" de pacienţi noi, începând cu tratamentul şi screeningul imigranţilor. Screeningul prin contactarea bolnavului la domiciliu este efectuat de clinicile locale coordonate astfel încât la nivel central să existe o evidenţă a screeningului imigranţilor şi al contacţilor	Ghidurile NICE subliniază recomandările detaliate ale managementului clinic şi epidemiologic al tuberculozei active sau latente. Nu există un traseu clar. Screeningul imigranţilor este indicat dar numai rareori efectuat. Aceste servicii sunt în mare parte dependente de serviciile de pneumologie locale sau de cele de boli infecţioase
Conducere	Conducere la nivel naţional deţinută de Dutch Royal TB Association (KNCV Tuberculosis Foundation)	Autorităţi statale cu conducere naţională şi ghiduri preluate de la Centrul de Control al Bolilor (Centers for Disease Control)	În câteva zone există conducere clinică locală, iar Agenţia pentru Protecţia Sănătăţii sau organele locale de sănătate publică preiau investigaţia în cazul epidemiilor, dar nu există o conducere clară. Politica naţională este coordonată de Ministerul Sănătăţii
Efecte asupra bolii	Rata tuberculozei a scăzut semnificativ în ultima jumătate de secol. Rata de terminare a tratamentului este crescută	La nivel naţional, atât la populaţia autohtonă cât şi în rândul imigranţilor rata tuberculozei a scăzut. Rata de terminare a tratamentului este crescută	Creşterea ratei tuberculozei în marile oraşe, incidenţa cazurilor la populaţia născută în Marea Britanie fiind constantă. Rata de terminare a tratamentului în rândul grupurilor de imigranţi este destul de mare

începerea tratamentului. Ghidurile NICE privitoare la managementul infecţiei latente cu *M. tuberculosis* au un punct de vedere pragmatic, punând în balanţă riscul de progresie către forma activă a bolii şi tratamentul medical.[16] Datele naţionale ce arată cine este evaluat, cine primeşte terapie preventivă sau cine ajunge la remiterea bolii sunt necorespunzătoare, iar eficienţa abordării utilizate în Marea Britanie este neclară.

Ce poate învăţa Marea Britanie de la alte ţări?

Cele mai multe date europene provin din programele de control, ce vizează cazurile de tuberculoză de origine indigenă, adică 20% dintre cele din Marea Britanie.[17] Olanda şi SUA au rate reduse de îmbolnăviri de tuberculoză în rândul imigranţilor, iar tabelul 2 compară programele de control din cele două ţări cu cele din Marea Britanie. Un studiu observaţional olandez de screening al formei active de boală în rândul imigranţilor din statele cu incidenţă crescută a tuberculozei (>200/100 000), studiu ce a utilizat o urmărire activă a bolnavilor, arată că o atare abordare a permis atât detectarea a peste 270 de cazuri la 100 000 de persoane evaluate cât şi tratamentul lor prompt.[18] Pentru a asigura o complianţă adecvată, screeningul imigranţilor, legat, obligatoriu şi explicit, de beneficiile statului şi de drepturile imigranţilor – este efectuat de către serviciile municipale de sănătate din localitatea de domiciliu a respectivilor, care sunt reevaluaţi timp de doi ani din momentul intrării în ţară. Deşi Olanda are o rată scăzută a tuberculozei, o reevaluare a programului de control a arătat că, pentru a se ajunge la eliminarea numărului de îmbolnăviri, este necesară intensificarea diagnosticării şi a tratamentului cazurilor de infecţie latentă în rândul imigranţilor.[19]

Cel mai citat exemplu de succes al unui program de control îl constituie inversarea situaţiei epidemice din New York. Acesta a beneficiat de un considerabil suport politic, legal şi financiar. Programele de stat destinate tuberculozei au investit substanţial în controlul bolii, elaborând şi aplicând protocoale şi manuale standardizate de politici clinice.[20] Rezultatul a fost un control agresiv al cazurilor recente de transmitere a maladiei (care aveau rate semnificativ mai mari decât cele înregistrate actualmente în Marea Britanie) şi o îmbunătăţire a celor de remisie completă de la circa 50% la 90%.[21] În SUA, scăderea incidenţei bolii în rândul rezidenţilor de origine americană şi străină poate fi atribuită, parţial, perfecţionării intervenţiilor în planul sănătăţii publice,[22] screeningului imigranţilor înainte şi după intrarea în ţară,[23] precum şi unei mai bune organizări a programelor naţionale de control. Un studiu observaţional, efectuat pe un grup de imigranţi din California, a arătat că includerea culturilor de micobacterii în programul de screening anterior intrării în ţară a scăzut incidenţa bolii, în primele şase luni de la sosire, de la 4,2% (86 de cazuri) la 1,5% (22 de cazuri, P<0,001).[23]

Direcţiile viitoare ale controlului tuberculozei în Marea Britanie

Complexitatea factorilor ce determină caracterul epidemic al tuberculozei în Marea Britanie necesită atât o abordare multiplă, adaptată la specificul local, cât şi o strategie clară. De exemplu, în Londra, o evaluare detaliată a serviciilor a condus la crearea unor recomandări cu aplicabilitate la nivelul întregului oraş.[24] În continuare detaliem aspectele cheie (caseta).

Managementul tuberculozei în populaţia imigrantă

Datorită incidenţei mari a TBC-ului în cadrul populaţiei imigrante din ţările cu incidenţă crescută a bolii, NICE a scăzut pragul de screening pentru infecţia latentă cu *M. tuberculosis* la imigranţii din statele în care incidenţa formei active este de 40/100 000.[16] O analiză economică recentă sugerează că ar fi mai potrivit un prag de 150/100 000.[25] Utilizarea unui prag mai ridicat ar permite ca resursele să fie direcţionate către zonele neglijate. Urmărirea defectuoasă, pe plan local, a persoanelor cu risc crescut subliniază nevoia îmbunătăţirii sistemelor pentru colectarea şi schimbul informaţiilor care stabilesc legătura dintre data sosirii în ţară şi serviciile locale din cadrul NHS şi din sectorul social. Astfel, aceste servicii ar putea efectua luarea în evidenţă şi evaluarea persoanelor nou-înregistrate în zonă.

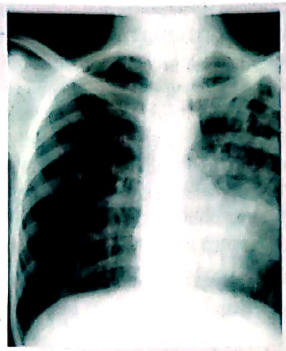
Un studiu randomizat, controlat, privind evaluarea promovării unui program educaţional ce viza cazurile de tuberculoză consemnate la nivelul reţelei de îngrijire primară,[26] desfăşurat în Hackney, Londra, a relevat ameliorarea identificării celor cu tuberculoză activă de 1,68 de ori (interval de încredere 95% 1,05–2,68) şi a infecţiei latente, de trei ori (0,98–9,20);

Scanned with OKEN Scanner

Recomandări pentru schimbare

Tuberculoza în rândul imigranţilor

- Screening pentru tuberculoza activă şi latentă la imigranţii originari din ţările cu incidenţă a TBC-ului mai mare de 150/100 000
- Imigranţii trebuie să fie informaţi despre riscul de a dezvolta forma activă a bolii şi încurajaţi să se înscrie la un medic de familie
- Programele de screening care vor fi efectuate după intrarea în ţară trebuie să fie adaptate local şi integrate în evaluarea bilanţului general de sănătate, ce necesită sprijin financiar sau prin alte stimulente
- Autorităţile locale trebuie să aibă standarde scrise pentru managementul persoanelor cu risc, care trebuie să includă o mai bună informare în ceea ce priveşte tuberculoza şi HIV, precum şi un mecanism de audit



Tuberculoza în grupurile greu abordabile

- Oferirea de suport pentru identificarea şi managementul cazurilor, precum şi programe aplicabile în caz de epidemie
- Îmbunătăţirea terminării tratamentului la deţinuţi înainte de eliberare, prin planuri coordonate, şi restrângerea transferului între închisori

Organizarea serviciilor

- Trebuie implementate programe croite după nevoile locale, bazate pe dovezi, pentru un serviciu integrat şi coordonat
- Creşterea legăturii dintre serviciile de sănătate, cele sociale şi organizaţiile non-profit

acoperirea cazurilor de infecţie cu BCG a crescut de 9,52 de ori (4,0–22,7). Rezultatele arată potenţialul de control al tuberculozei pe care îl au programele de screening adaptate local, post-imigrare. Există, însă, şi dificultăţi în organizarea unor astfel de sisteme, în special când este vorba de refugiaţi.[27] Abordările tradiţionale în funcţie de calea de intrare în ţară şi accesul ulterior la sistemul de sănătate sunt aspecte care nu funcţionează în cazul imigranţilor ilegali.

Ideal ar fi ca respectivii imigranţi să fie informaţi despre riscul de a face tuberculoză activă şi să fie încurajaţi să se înregistreze la un medic generalist. Screeningul ulterior pentru infecţia latentă sau pentru detectarea formei active a bolii ar trebui să fie parte integrantă a evaluării stării de sănătate, ceea ce ar putea să necesite acordarea unor stimulente financiare ori de altă natură, aşa cum se întâmplă în Olanda.[18] Autorităţile sanitare locale, în special cele din zonele unde există multe cazuri de tuberculoză, trebuie să aibă standarde scrise pentru managementul persoanelor cu risc, un sistem de avertizare a populaţiei asupra bolii în speţă şi a infecţiei cu HIV şi un mecanism de audit. Screeningul efectuat înainte de intrarea în ţară ar putea juca un rol important,[23] dar oricum este nevoie de evaluări ulterioare. Marea Britanie trebuie să sprijine în continuare eforturile globale în direcţia controlului tuberculozei, deoarece astfel se va reduce numărul imigranţilor care au o asemenea boală.

Grupurile greu de urmărit

Pierderea din urmărirea cazuistică a unui important număr de persoane a determinat Department of Health (Ministerul Sănătăţii) din Anglia sa finanţeze programul pilot "Find and Treat" ("Detectează şi tratează"). Indivizii cu TBC identificaţi prin unităţile de radiologie mobilă au primit sprijin pentru a negocia eficient cu serviciile de asistenţă medicală şi socială, adeseori cu sprijinul organizaţiilor non-profit.[28] Simpla metodă de-a acorda găzduire în siguranţă, cel puţin pe durata tratamentului tuberculozei, celor care nu au adăpost sau celor cu domiciliu instabil, ameliorează rezultatele terapeutice.[29]

Ar putea fi îmbunătăţită şi detectarea bolii în închisori. Evaluările generale ad-hoc, bazate pe cele ale simptomatologiei TBC-ului, sunt realizate sub-optimal, deşi în unele închisori începe să fie efectuat screeningul lui radiologic. Rata de finalizare a tratamentului în penitenciare este, în momentul de faţă, de 50%;[30] ea ar putea fi îmbunătăţită printr-un plan terapeutic mult mai bine coordonat, care să se termine înainte de data eliberării din detenţie, şi prin impunerea unor restricţii în ceea ce priveşte transferul de deţinuţi între închisori. În cadrul acestei populaţii ar putea fi utile puncte de îngrijire medicală cu acces la tehnici de diagnostic rapid, precum şi la detectarea rezistenţei la medicamente.

Nicio regiune a Marii Britanii nu depăşeşte valoarea de 85% a ratei de încheiere a tratamentului pentru tuberculoza activă impusă de Organizaţia Mondială a Sănătăţii.[2] O asemenea stare de fapt nu poate continua. Ar putea fi aplicate abordări de tipul revizuirii îngrijirii pacientului (în care cazurile sunt discutate formal pentru a se asigura că atât bolnavul cât şi persoanele cu care a intrat în contact sunt cazuri gestionate conform aşteptărilor) alături de terapia directă pentru grupurile cu complianţă scăzută, întrucât cele două metode au îmbunătăţit rata de finalizare a tratamentului în New York;[21] ele au, însă, puţine şanse de reuşită în oraşele britanice.[31]

Organizarea îngrijirii stării de sănătate

Nici ghidurile NICE, nici instrumentele elaborate pe plan naţional nu au facilitat un model eficient de îngrijire.[16] Reformele planificate de NHS oferă şansa creşterii gradului de sănătate al populaţiei, dar ele nu trebuie să interfere cu necesitatea unor intervenţii coordonate. Delegând responsabilitatea serviciilor locale de îngrijire primară s-ar putea obţine un efect negativ asupra controlului tuberculozei. De exemplu, sunt riscuri minime ca în fiecare zonă clinică de control să se declanşeze o epidemie a bolii, ori e posibil ca aceasta să depăşească mai multe graniţe financiare şi administrative. Aşadar, este puţin probabil ca fiecare zonă coordonată de către un grup de control să-şi fi făcut rost de resursele necesare în cazul izbucnirii unui astfel de focar, de pildă, în cadrul unei şcoli.

Tratamentul tuberculozei multidrog sau extensiv rezistentă este costisitor, iar managementul bolii ar fi mai uşor de susţinut financiar prin implicarea mai multor grupuri de sprijin. În plus, programele de tipul unităţii mobile de radiologie din Londra vor fi cost-eficiente numai în momentul în care vor fi aplicate pe arii largi. Dezvoltarea unei strategii şi crearea unor autorităţi în cadrul unui program amplu, de-a lungul unor zone geografice mai extinse, în special în aglomeraţiile urbane, este metoda preferabilă pentru controlul tuberculozei în Marea Britanie. S-ar putea ca o astfel de abordare să necesite atât înfiinţarea unor organisme de reglementare

Scanned with OKEN Scanner

care să acționeze la nivel regional, sub umbrela NHS Commissioning Board (Comisia de Autorizare a NHS), cât și stabilirea unor legături puternice cu Public Health England (Sistemul englez de Sănătate Publică).

Concluzii

În Marea Britanie, la creșterea cazurilor de TBC contribuie mulți factori. Nu există o singură intervenție capabilă să permită controlul bolii, pentru asigurarea căruia sunt necesare numeroase strategii care să țintească diferite aspecte. Suntem încurajați de faptul că programul guvernului, Public Health Outcomes Framework, a inclus, pe lista de măsuri, terminarea tratamentului tuberculozei.

Ibrahim Abubakar consultant epidemiologist, Tuberculosis Section, Health Protection Services?Colindale, Health Protection Agency, London NW9 5EQ, UK and Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, UK
Marc Lipman consultant physician, Centre for Respiratory Medicine, Royal Free Hospital, University College London Medical School, London, UK
Charlotte Anderson senior scientist, London Regional Epidemiology Unit, Health Protection Agency
Peter Davies consultant respiratory physician, TB Unit, Liverpool Heart and Chest Hospital, Liverpool, UK
Alimuddin Zumla professor of infectious diseases and international health, Division of Infection and Immunity, University College London Medical School

Corespondența la: I Abubakar, Tuberculosis Section, Health Protection Services—Colindale, Health Protection Agency, London
ibrahim.abubakar@hpa.org.uk

Mulțumiri lui Jon Moore, pentru ajutorul dat la realizarea figurilor, și lui John Hayward și David Murray, pentru contribuția la concepția manuscrisului.

Contribuții și surse: Toți autorii au lucrat în domeniul tuberculozei în Marea Britanie. IA este epidemiolog consultant, șeful departamentului de tuberculoză din cadrul Agenției de Protecție a Sănătății. ML este membru al grupului clinic de lucru din Londra pe probleme de tuberculoză.
PD este coordonatorul serviciului de tuberculoză din Liverpool. AZ a creat London TB Link Project și coordonează colaborările de cercetare pe plan internațional, pe probleme de tuberculoză și HIV. AZ este inițiatorul articolului. IA, ML și AZ l-au scris, dar la realizarea lui au contribuit toți autorii. IA este garantul.

Finanțare: AZ primește finanțare de la NIHR-CBRC, UK-MRC, EU-FW7, și EuropeAID (ADAT). IA primește finanțare de la NIHR, ECDC și de la Departamentul de sănătate.
ML este plătit din fonduri HEFCE-NHS și primește finanțare de la NIHR, ECDC, UK-MRC.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibilă la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și au declarat că: nu s-a primit nicio finanțare de la nicio organizație pentru acest articol; nu există și nu a existat în ultimii trei ani nicio relație financiară cu nicio organizație ce ar putea avea un interes legat de lucrarea publicată; nu există alte activități sau relații ce ar putea influența articolul publicat.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Tuberculosis in the UK—time to regain control
Citați articolul ca: *BMJ* 2010;343:d4281

Traducere: Dr. Gianina Luca

1 Hollo V, Amato-Gauci A, Kodmon C, Manissero D. Tuberculosis in the EU and EEA/EFTA countries: what is the latest data telling us? *Euro Surveill* 2009;14(11).
2 Health Protection Agency. Tuberculosis in the UK: annual report on tuberculosis surveillance in the UK 2010. HPA, 2010.
3 Health Protection Agency. Enhanced TB surveillance.www.hpa.org.uk/web/HPAweb&Page&HPAwebAutoListName/Page/1294739536811.
4 Love J, Sonnenberg P, Glynn JR, Gibson A, Gopaul K, Fang Z, et al. Molecular epidemiology of tuberculosis in England, 1998. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13:201-7.
5 Story A, Murad S, Verheyen M, Roberts W, HaywardAC. Tuberculosis in London—the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62:667-71.
6 Anderson C, Story A, Brown T, Drobniewski F, Abubakar I. Tuberculosis in UK prisoners: a challenge for control. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:373-6.
7 Story A, van Hest R, Hayward A. Tuberculosis and social exclusion. *BMJ* 2006;333:57-8.
8 Ahmed AB, Abubakar I, Delpech V, Lipman M, Boccia D, Forde J, et al. The growing impact of HIV infection on the epidemiology of tuberculosis in England and Wales: 1999-2003. *Thorax* 2007;62:672-6.
9 Gilbert RL, Antoine D, French CE, Abubakar I, Watson JM, Jones JA. The impact of immigration on tuberculosis rates in the United Kingdom compared with other European countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13:645-51.
10 European Centre for Disease Prevention and Control, WHO. Tuberculosis surveillance reports, 2003-2009. www.ecdc.europa.eu/ en/ publications/surveillance_reports/tuberculosis/Pages/tuberculosis_surveillance_in_Europe.aspx.
11 Moore-Gillon J, Davies PDO, Ormerod LP. Rethinking TB screening: politics, practicalities and the press. *Thorax* 2010;65:663-5.
12 British Thoracic Society, All Party Parliamentary Group on TB. Putting tuberculosis on the local agenda. 2008. www.britthoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Tuberculosis/PuttingTBontheLocalAgenda.pdf.
13 Pareek M, Abubakar I, White PJ, Garnett GP, Lalvani A. TB screening of migrants to low TB burden nations: insights from evaluation of UK practice. *Eur Respir J* 2011;37:1175-82.
14 Watson JM, Abubakar I, Story A, Hayward A, Welfare R, White, P. Mobile targeted digital chest radiography in the control of tuberculosis among hard to reach groups—key findings. Health Protection Agency, 2007.
15 Taylor K. Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. *Br J Gen Pract* 2009;59:765-72.
16 NICE. Tuberculosis (CG117). Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. NICE, 2011.
17 Love J, Sonnenberg P, Glynn JR, Gibson A, Gopaul K, Fang Z, et al. Molecular epidemiology of tuberculosis in England, 1998. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13:201-7.
18 Erkens C, Slump E, Kamphorst M, Keizer S, van Gerven PJHJ, Bwire R, et al. Coverage and yield of entry and follow-up screening for tuberculosis among new immigrants. *Eur Respir J* 2008;32:153-61.
19 Borgdorff MW, van den Hof S, Kremer K, Verhagen L, Kalisvaart N, Erkens C, et al. Progress towards tuberculosis elimination: secular trend, immigration and transmission. *Eur Respir J* 2010;36:339-47.
20 New York Health Department. Clinical policies and protocols. Bureau of Tuberculosis Control, 2008.
21 Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM, Hamburg MA. Tuberculosis in New York City—turning the tide. *N Engl J Med* 1995;333:229-33.
22 Geiter L, ed, Committee on the Elimination of Tuberculosis in the United States, Division of Health Promotion and Disease Prevention. Ending neglect: the elimination of tuberculosis in the United States. National Academies Press, 2000.
23 Lowenthal P, Westenhouse J, Moore M, Posey DL, Watt JP, Flood J. Reduced importation of tuberculosis after the implementation of an enhanced pre-immigration screening protocol. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011;15:761-6.
24 Hayward J, Murray D, Iny I, Jarrett J, Lomagan K, Pillas D, et al. London TB service review and health needs assessment. PHAST, 2010.
25 Pareek M, Watson J, Ormerod L, Kon O, Woltmann G, White P, et al. Screening UK immigrants for latent tuberculosis infection: prevalence, risk-factors and health-economic analysis. *Lancet Infect Dis* 2011;11:435-44.
26 Griffiths C, Sturdy P, Brewin P, Bothamley G, Eldridge S, Martineau A, et al. Educational outreach to promote screening for tuberculosis in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2007;369:1528-34.
27 Harstad I, Jacobsen GW, Heldal E, Winje BA, Vahedi S, Helvik A-S, et al. The role of entry screening in case finding of tuberculosis among asylum seekers in Norway. *BMC Public Health* 2010;10:670.
28 Abubakar I, White P, Jit M, Stagg H, Aldridge R, Tamne S, et al. The cost-effectiveness of the find and treat service. Health Protection Agency, 2010.
29 Paolo WF Jr, Nosanchuk JD. Tuberculosis in New York city: recent lessons and a look ahead. *Lancet Infect Dis* 2004;4:287-93.
30 Anderson C, Story A, Brown T, Drobniewski F, Abubakar I. Tuberculosis in UK prisoners: a challenge for control. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:373-6.
31 Anderson C, White J, Dart S, deConningh J, Hemming S, Abubakar I. Evaluation of the implementation of cohort review by North Central London TB Service. 2011. www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1296687649609.

Scanned with OKEN Scanner

Sistem multimodal destinat reducerii erorilor din cadrul înregistrării şi administrării medicamentelor în anestezie: evaluare clinică, prospectivă, randomizată

Alan F Merry,[1, 2] Craig S Webster,[3] Jacqueline Hannam,[1] Simon J Mitchell,[1, 2] Robert Henderson,[4] Papaarangi Reid,[5] Kylie-Ellen Edwards,[1] Anisoara Jardim,[1] Nick Pak,[1] Jeremy Cooper,[1, 2] Lara Hopley,[1, 2] Chris Frampton,[6] Timothy G Short[1, 2]

EDITORIAL de Haller şi Clergue

[1]Department of Anaesthesiology, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Private Bag 92-019, Auckland 1142, New Zealand
[2]Department of Anaesthesia, Auckland City Hospital, Grafton, Auckland
[3]Centre for Medical and Health Sciences Education, University of Auckland, Private Bag 92-019, Auckland 1142
[4]Human Factors Group, Air New Zealand, Private Bag 92-007, Auckland 1142
[5]Te Kupenga Hauora Maori, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Private Bag 92-019, Auckland 1142
[6]Department of Medicine, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Christchurch 8140

Corespondenţa la:
A F Merry, Department of Anaesthesiology, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Private Bag 92-019, Auckland 1142, New Zealand
a.merry@auckland.ac.nz

Multimodal system designed to reduce errors in recording and administration of drugs in anaesthesia: prospective randomised clinical evaluation

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d5543
doi:10.1136/bmj.d5543

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Un nou sistem multimodal patentat (SAFERSleep) reduce, oare, cuantumul erorilor produse în cazul înregistrării şi administrării medicamentelor în anestezie, iar utilizarea lui afectează cumva vigilenţa anesteziştilor?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Folosirea noului sistem a fost corelată cu mai puţine greşeli în cadrul administrării şi înregistrării medicamentelor, ratele cele mai mici fiind observate când au fost aplicate principiile lui cheie, dar şi cu mai multe scăpări în timpul activităţii, remarcându-se o diminuare a vigilenţei.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: De-a lungul procedurilor de administrare şi de înregistrare ale medicamentelor apar frecvent erori. Abordarea multimodală le-a diminuat cuantumul, dar a accentuat carenţele în privinţa vigilenţei.

Protocol de studiu

În acest trial clinic, prospectiv, observaţional, deschis, sălile de operaţii au fost repartizate aleatoriu fie la noul sistem (tăviţe personalizate pentru medicamente şi sertare special destinate medicaţiei, în dulapuri mobile; etichete cu coduri colorate, uşor vizibile, pentru medicamente; cititor de bare conectat la computer, raportoare vocale şi ecrane tactile pentru furnizarea auditivă, automatizată a informaţiilor, precum şi verificarea vizuală a medicamentelor alese, chiar înainte de fiecare administrare; compilarea automatizată a înregistrărilor legate de anestezie şi unele reguli procedurale), fie pentru practica obişnuită, ce presupunea alcătuirea manuală a înregistrării aferente anesteziei.

Participanţi şi localizare

Optzeci şi nouă de anesteziști (54 de specialişti şi 35 în formare) au fost observaţi în timpul gestionării a 1 075 de cazuri, în cinci săli de operaţii pentru adulţi din Auckland City Hospital, cu o complexitate mare a cazurilor.

Variabilele primare

Totalitatea erorilor produse în timpul înregistrării sau administrării medicamentelor intravenoase *per* caz şi neobservarea, în 300 de secunde, a unei lumini strălucitoare apărute, la intervale aleatorii, lângă monitorul de anestezie.

Rezultatele principale şi rolul hazardului

În administrarea sau înregistrarea medicamentelor au existat 471 de erori din 5 680 de administrări, în 566 de cazuri, cu noul sistem, şi 488 de erori din 5 084 de administrări, în 509 cazuri, cu metodele convenţionale. Rata medie a erorilor *per* 100 de administrări, calculată din modelul mixt liniar general, a fost 9,1 (interval de încredere 95% 6,9 – 11,4), cu noul sistem (una din 11 administrări), şi 11,6 (9,3 – 13,9), cu metodele convenţionale (una din nouă administrări; P=0,045), reducerea fiind de 21%. Ratele erorilor au fost cele mai mici când au fost aplicate două principii cheie ale noului sistem (scanarea codului de bare al medicamentului înainte de fiecare administrare şi menţinerea activă a avertizării vocale): 6,0 (3,1 – 8,8) *v* 9,7 (8,4 – 11,1) (P=0,004). Lacunele în răspuns, legate de scăderea vigilenţei în activitate, au apărut în 12,3% (58/471) dintre cazurile abordate prin noul sistem, şi în 8,5% (40/473) dintre cele în care au fost aplicate metode convenţionale (P=0,052, test χ^2).

RATA ERORILOR *PER* 100 ADMINISTRĂRI DE MEDICAMENTE PENTRU NOUL SISTEM DESTINAT REDUCERII GREŞELILOR DE ÎNREGISTRARE ŞI ADMINISTRARE ALE MEDICAMENTELOR ÎN ANESTEZIE (5 680 DE ADMINISTRĂRI) ŞI PENTRU METODELE CONVENŢIONALE (5 084 DE ADMINISTRĂRI)

	Noul sistem (n=566 de cazuri)	Metode convenţionale (n=509 cazuri)	Valoarea P
Rata totală de erori (CI 95%)	9.1 (6.9 11.4)	11.6 (9.3 13.9)	0.045
Erori în administrarea medicamentelor:			
Medicament administrat greşit (substituire)	0.03	0.18	0.09
Medicament neadministrat (omisiune)	0.11	0.14	0.63
Erori în înregistrarea medicamentelor:			
Medicamente administrate, neînregistrate deloc	2.31	3.50	0.002
Medicamente administrate, doza neînregistrată	0.05	0.67	<0.001
Discrepanţă între doza totală înregistrată şi cea totală observată	6.86	7.18	0.94
Etichetare incorectă*	0.02	0.04	0.67

*Necorelare între flaconul adecvat, seringa etichetată şi medicamentul înregistrat de către anestezist. Nu am putut identifica, în respectiva situaţie, dacă medicamentul fusese înregistrat, administrat sau etichetat.

Dezavantaje

Studiul a fost prea mic pentru a arăta diferenţe privitoare la prejudicii.

Factori de eroare, neconcordanţe şi alte motive ce îndeamnă la prudenţă

Efectele legate de observator ne-ar fi putut influenţa rezultatele. Nu am putut face un studiu orb, iar sistemul de "ascundere" era neadecvat. Mai mulţi anesteziști au refuzat participarea, iar unii dintre cei care au acceptat-o s-au retras, ocazional, în situaţii ce impuneau gestionarea unor cazuri complexe, când a fost preferat noul sistem. Anesteziștii au fost receptivi fără rezerve faţă de noua abordare în numai 83 din 456 de cazuri (18%), iar scorul de complianţă a fost invers proporţional cu rata de eroare (γ=–0,11, P=0,016).

Generalizarea la alte populaţii

Studiul a fost realizat într-un singur centru, în care sistemul era în uz de cinci ani, cu un eşantion de convenienţă, fapt ce ar putea limita gradul în care se aplică, în general, rezultatele obţinute. Datele nu sunt valabile pentru cazurile de urgenţă rezolvate în afara programului de lucru normal.

Finanţarea studiului/conflicte de interese potenţiale

Proiectul de faţă a fost susţinut prin grantul 07/269R, din partea Health Research Council of New Zealand, precum şi prin cel acordat de Green Lane Research and Educational Fund. AFM, TGS, JC şi CSW sunt parteneri/acţionari în Safer Sleep, iar AFM este director. Proprietatea intelectuală pentru sistem este deţinută de Safer Sleep.

Numărul de înregistrare al trialului

Australian New Zealand Clinical Trials Registry Nr. 12608000068369.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

Xantelasma, *arcus corneae*, boala vasculară ischemică şi decesul în populaţia generală: studiu de cohortă prospectiv

Mette Christoffersen,[1] Ruth Frikke-Schmidt,[1] Peter Schnohr,[2] Gorm B Jensen,[2,3] Børge G Nordestgaard,[2,4] Anne Tybjærg-Hansen[1,2]

EDITORIAL de Femandez şi Thompson

[1]Department of Clinical Biochemistry, Rigshospitalet, DK-2100 Copenhagen, Denmark
[2]Copenhagen City Heart Study, Bispebjerg Hospital, DK-2400 Copenhagen
[3]Department of Cardiology, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre, Denmark
[4]Department of Clinical Biochemistry, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev, Denmark

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Se asociază xantelasma şi arcul cornean cu un risc crescut de boală vasculară ischemică şi de deces în populaţia generală?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Xantelasma este factor predictiv pentru infarctul de miocard, pentru boala cardiacă ischemică şi pentru deces în populaţia generală, independent de factorii de risc cardiovascular bine cunoscuţi, printre care concentraţia plasmatică a colesterolului şi a trigliceridelor, însă arcul cornean nu este un factor predictiv independent important.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Xantelasma şi *arcus corneae* sunt corelate cu nivelurile mari ale colesterolului plasmatic, dar rezultatele privind asocierea dintre xantelasmă şi arcul cornean, pe de o parte, şi riscul de boală vasculară ischemică, pe de altă parte, au fost neconcludente şi nu există un consens cu privire la importanţa clinică. Persoanele cu xantelasmă, dar nu şi cele cu arc cornean, care au concentraţii relativ scăzute ale lipidelor, sunt expuse unui risc crescut de infarct miocardic, de boală cardiacă ischemică şi de moarte prematură, independent de profilul lor lipidic.

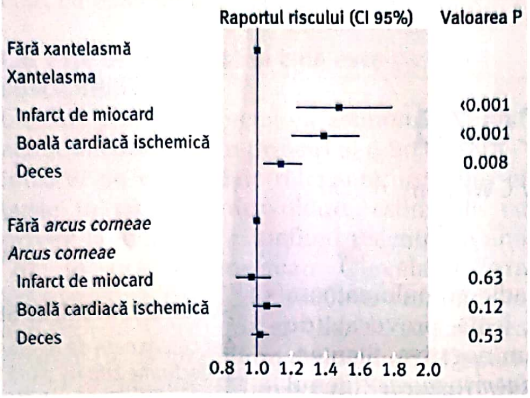
Scanned with OKEN Scanner

Corespondența la:
A TybjærgHansen, Department of Clinical Biochemistry KB 3011, Section for Molecular Genetics KB 4111, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Blegdamsvej 9, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark at-h@rh.regionh.dk

Xanthelasmata, *arcus corneae*, and ischaemic vascular disease and death in general population: prospective cohort study

Citați articolul ca:
BMJ 2011;343:d5497
doi:10.1136/bmj.d5497

RISCUL DE INFARCT MIOCARDIC, DE BOALĂ CARDIACĂ ISCHEMICĂ ȘI DE DECES PRIN PREZENȚA XANTELASMEI SAU A ARCULUI CORNEAN



Participanți și localizare

Persoane din populația generală daneză, cu vârste cuprinse între 20 și 93 de ani, recrutate în Copenhagen City Heart Study în 1976-8; au fost invitați să participe 14 223 din 19 329 de oameni.

Protocol de studiu, dimensiune și durată

Studiu prospectiv de cohortă, cu 12 745 de subiecți, pentru care au fost disponibile inițial informații complete privitoare la toate variabilele relevante, inclusiv xantelasma și *arcus corneae*. De-a lungul a până la 33 de ani (media 22 de ani) de urmărire, 1 872 de persoane au dezvoltat infarct de miocard; 3 699, boală cardiacă ischemică; 1 498, accident vascular cerebral (AVC) ischemic; 1 815, boală cerebrovasculară ischemică; și 8 507 au murit.

Rezultatele principale și rolul hazardului

Inițial, 563 (4,4%) de participanți aveau xantelasmă și 3 159 (24,8%), *arcus corneae*. După ajustarea pentru vârstă, sex, factori de risc cardiovascular bine cunoscuți și markeri ai statusului socioeconomic, raportul riscului pentru persoanele cu xantelasmă *versus* cele fără respectiva afecțiune a fost 1,48 (interval de încredere (CI) 95% 1,23 – 1,79), pentru infarct de miocard; 1,39 (1,20 – 1,60), pentru boală cardiacă ischemică; 0,94 (0,73 – 1,21), pentru AVC ischemic; 0,91 (0,72 – 1,15), pentru boală cerebrovasculară ischemică; și 1,14 (1,04 – 1,26), pentru deces. Raportul riscului corespunzător pentru subiecții cu și, respectiv, fără arc cornean a fost nesemnificativ. În toate grupele de vârstă, atât la bărbați cât și la femei, riscul absolut la zece ani pentru infarct de miocard, boală cardiacă ischemică și deces a crescut în prezența xantelasmei. Cel mai mare risc absolut la zece ani pentru boala cardiacă ischemică, de 53% și 41%, a fost observat la bărbații din categoria de vârstă 70-79 de ani, cu și fără xantelasmă. Valorile corespunzătoare la femei au fost 35% și 27%.

Factori de eroare, neconcordanțe și alte motive ce îndeamnă la prudență

Cu o rată de participare de 66%, o urmărire de 33 de ani și informații complete privitoare la statusul inițial al tuturor variabilelor și subiecților, posibilitatea de eroare și neconcordanțe a fost redusă. În plus, niciun participant nu lua, la început, medicamente hipolipemiante, astfel că profilul lipidic al subiecților nu a fost influențat de efectele tratamentelor. Diagnosticul de xantelasmă și cel de arc cornean au fost puse prin inspecție vizuală. Omisiunea cazurilor ușoare ale celor două afecțiuni ar fi putut duce la subestimarea riscului de boală și a celui de deces. Situația contrară – clasificarea greșită a persoanelor fără xantelasmă și fără *arcus corneae* – este și mai improbabilă, deoarece ambele tipuri de depozite de substanță sunt relativ ușor de diagnosticat vizual, iar investigatorii au fost special instruiți în acest scop.

Generalizarea la alte populații

Am inclus numai persoane caucaziene. Întrucât prevalența xantelasmei și a arcului cornean, ca și asocierea cu riscul de boală cardiovasculară pot să difere în funcție de apartenența etnică, nu este obligatoriu ca observațiile noastre să se transpună și pentru populații cu alte apartenențe etnice.

Finanțarea studiului/conflicte de interese potențiale

Studiul de față a fost finanțat de Research Fund at Rigshospitalet, Lundbeck Foundation, Danish Medical Research Council și de Danish Heart Foundation.

Traducere: Dr. Madalina Geanta

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Actinomicoza

V K Wong,[1] T D Turmezei,[2] V C Weston[1]

[1]Queen's Medical Centre, Nottingham NG7 2UH, Marea Britanie
[2]Addenbrooke's Hospital, Cambridge, Marea Britanie
Corespondența la:
V K Wong
vanessawong@doctors.org.uk

Actinomycosis

Citați articolul ca:
***BMJ* 2011;343:d6099**
doi: 10.1136/bmj.d6099

Actinomicoza este o maladie granulomatoasă rară, cu evoluție cronică, lentă, provocată de o bacterie anaerobă, Gram negativă, filamentoasă, din familia *Actinomycetaceae* (genul *Actinomyces*).[1] Este adesea diagnosticată greșit, deoarece poate mima alte afecțiuni, precum neoplazia sau tuberculoza;[2] prin urmare, diagnosticarea ei precoce impune un grad înalt de suspiciune clinică, dar dacă pacientul este investigat corect, poate fi tratată și eradicată prompt. În articolul de față am trecut în revistă prezentările clinice ale actinomicozei, diagnosticarea ei și abordările terapeutice. Sinteza noastră a avut în vedere rezultate ale studiilor randomizate și controlate, ale celor prospective cu caracter analitic și, respectiv, ale celor retrospective, articole de sinteză și prezentări de cazuri clinice.

IDEI PRINCIPALE

Deși actinomicoza este o maladie rară, la pacienții cu boală inflamatorie trenantă, ce fie nu răspunde la tratament, fie are un caracter cronic, cu recăderi, este necesar un grad înalt de suspiciune clinică pentru a o diagnostica și trata

Actinomicetele sunt bacterii comensale, ce pot deveni patogene când este lezată mucoasa, deseori întâlnindu-se și infecția concomitentă cu alte microorganisme

Boala este definită prin localizarea anatomică; actinomicoza orocervicofacială este cea mai frecventă, urmată de formele manifestate la nivel toracic și abdominopelvian

Are aspectul unei mase tumorale, care crește, tipic, printre planurile tisulare, iar invazia locală a țesutului afectat poate duce la apariția unor tracturi sinuoase, ce se pot vindeca spontan dar, ulterior, sinuozitățile se pot reface

Adesea, actinomicoza mimează alte infecții sau neoplazii, atât clinic cât și radiologic

În general, boala este tratată cu antibiotice pe termen lung, de regulă cu penicilină, dar poate fi necesară și o abordare chirurgicală

SURSE ȘI CRITERII DE SELECȚIE

Am căutat date de interes pe PubMed, Web of Science și Cochrane Library până în decembrie 2010. Am analizat studiile controlate și randomizate, pe cele prospective (atât analitice cât și retrospective), sintezele și prezentările de cazuri clinice.

Caseta 1 | Factorii de risc asociați cu dobândirea actinomicetelor

Vârsta între 20 și 60 de ani

Sexul masculin (cu excepția actinomicozei pelviene, ce afectează mai ales femeile)[5,6]

Diabetul zaharat[w43, w44]

Imunosupresia

Corticosteroizii[w45]

Bifosfonații[w46]

Leucemia sub chimioterapie[w47, w48]

Infecția cu HIV[w49]

Receptorii transplantului pulmonar și renal[w50, w51]

Alcoolismul[w13, w52]

Leziunea tisulară locală, produsă prin traumatism, chirurgie recentă, iradiere[10]

Cum se dobândește actinomicoza?

Actinomicetele sunt bacterii comensale ale ființei umane, de la nivelul orofaringelui, al tractului gastrointestinal și al celui urogenital. Când se distruge integritatea țesuturilor, printr-o leziune la nivelul mucoaselor, ele pot invada structurile și organele locale și devin patogene. Astfel, actinomicoza este, în principal, o infecție endogenă.[3] Actinomicetele se izolează, adesea, împreună cu alte microorganisme saprofite, precum *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (anterior denumite *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), *Eikenella corrodens*, fusobacterii, bacteroide, capnocitofagi, stafilococi (inclusiv *S. aureus*), streptococi (inclusiv streptococi β-hemolitici și *S. pneumoniae*) sau *Enterobacteriaceae*, dar combinația exactă de microorganisme depinde de sediul infecției.[4] Studiile pe animale sugerează că

Scanned with OKEN Scanner

speciile menționate pot ajuta actinomicetele să producă o infecție ca urmare a faptului că inhibă apărarea organismului, deși nu este clar, cu exactitate, ce rol au.[w1, w2]

Cât este de frecventă și cine este susceptibil?

Oricine poate fi infectat cu actinomicete, dar actinomicoza este, în principiu, o boală rară – întrucât nu există date relevante, mai ales în țările în curs de dezvoltare, estimările cu privire la incidența ei nefiind recente. În anii '70, în orașul american Cleveland, era înregistrat un caz la 300 000, în vreme ce în anii '60, în Germania și Olanda se întâlnea doar un caz la un million de locuitori.[1] Department of Health (Ministerul Sănătății) din Marea Britanie a arătat că, între anii 2002 și 2003, 0,0006% din consultațiile spitalicești (în total 71 de cazuri) din Anglia erau pentru actinomicoză.[w3] Se apreciază că în ultimii ani, mai ales în statele dezvoltate, incidența tuturor formelor afecțiunii este în scădere, ca rezultat al unei igiene orale mai bune și a susceptibilității la o gamă largă de antibiotce.[1]

O amplă serie de cazuri din anul 1975 a indicat că, față de femei, bărbații erau de trei ori mai susceptibili să dezvolte infecția,[5] deși actinomicoza în zona pelviană afectează mai ales femeile cu dispozitive contraceptive intrauterine (DIU).[6] Autorii unei alte cercetări pe serii de cazuri sugerează că prevalența mai mare la sexul masculin poate fi explicată de faptul că reprezentanții lui au o igienă orală mai deficitară și o rată mai mare de traumatisme orale, datorită loviturilor de pumn în care se implică, ipoteză ce nu a fost dovedită însă.[7] O sinteză din 2007 a arătat că, deși actinomicoza afectează persoanele imunodeprimate, cele mai multe cazuri au fost întâlnite în rândul persoanelor imunocompetente.[8] Componentele răspunsului imun, esențiale pentru controlul actinomicozei, precum și efectele specifice (dacă există) ale imunodepresiei asupra incidenței infecției sunt neclare.[1] Caseta 1 redă succint factorii de risc asociați cu actinomicoza.

Cum se manifestă?

Actinomicoza este clasificată în forme clinice distincte, în funcție de sediul anatomic afectat: orocervicofacială, toracică, abdominopelvină, a sistemului nervos central, musculoscheletală și forma diseminată. Dintre cele peste 30 de specii de actinomicete, *A. israelii* este patogenul uman cel mai frecvent, identificat în majoritatea formelor clinice; există, însă, anumite specii legate de sindroame clinice particulare. De exemplu, într-un studiu pe 1997 de cazuri, *A. israelii* și *A. gerencseriae* au fost incriminate în aproape 70% dintre infecțiile orocervicofaciale.[11] Specii mai puțin întâlnite sunt *A. naeslundii, A. odontolyticus, A. viscosus, A. meyeri, A. turicensis* și *A. radingae*.[3, 4]

Actinomicoza orocervicofacială este cea mai frecventă formă de manifestare a bolii și reprezintă aproximativ 50% din totalitatea cazurilor semnalate.[5] Ea apare, de obicei, în urma unei lucrări dentare sau a unui traumatism la nivelul cavității bucale, deși poate surveni și spontan, la pacienții cu o igienă orală deficitară.[w4] Aspecte clinice de prezen-

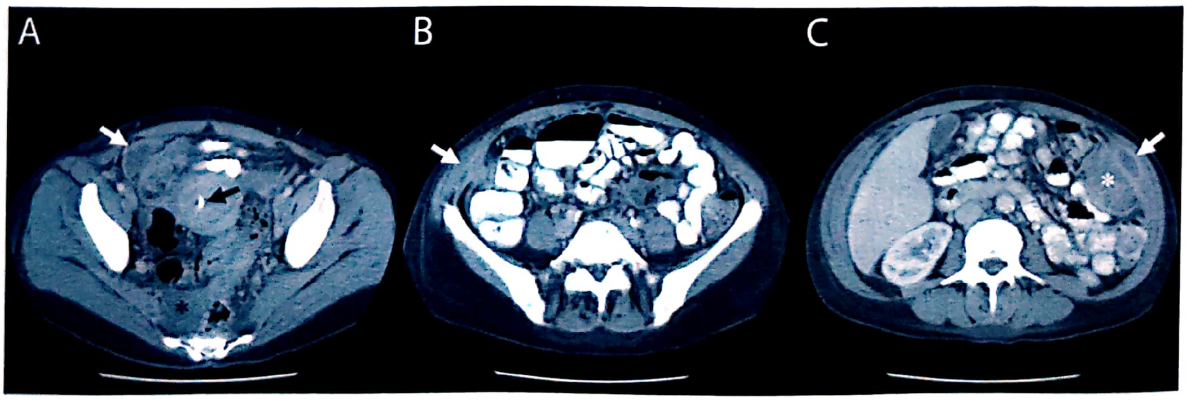


Fig. 1 | Tomografie computerizată axială cu substanță de contrast pe cale orală și intravenoasă, de la nivelul abdomenului și al pelvisului, la același pacient. (A) În fosa iliacă dreaptă (săgeata albă) se observă o colecție cu densitate scăzută, mai accentuată spre margini, sugestivă pentru un abces; se observă lichid liber în regiunea presacrală a pelvisului (asterisc negru); în cavitatea endometrială a uterului este prezent și un dispozitiv intrauterin (săgeata neagră). (B) În fosa iliacă dreaptă (săgeata albă) se vede o îngroșare inflamatorie a musculaturii peretelui abdominal anterior și a grăsimii subiacente intraperitoneale; de comparat cu aspectul normal din stânga. (C) În interiorul musculaturii peretelui abdominal anterior, în cadranul superior stâng, se observă o colecție mică, mai accentuată spre margini, sugestivă pentru un abces (săgeata albă), alături de o regiune voluminoasă, cu modificări flegmonoase la nivelul grăsimii subiacente intraperitoneale (asterisc alb). Deși aceste aspecte sunt nespecifice, asocierea dintre inflamație și formarea unui abces printre planurile tisulare, în prezența unui dispozitiv intrauterin, este înalt sugestivă pentru infecția actinomicozică.

Diagnostice diferenţiale ale actinomicozei

Tipul actinomicozei	Diagnostic diferenţial
Orocervicofacială[8]	Abcese produse prin alte bacterii tipice, chisturi, neoplazii, tuberculoză (scrofuloderma), nocardioză
Toracică[1, 9]	Tuberculoză, limfoame, carcinom bronşic, mezotelioom, blastomicoză, nocardioză, histoplasmoză, criptococoză, infarct pulmonar, abces sau pneumonie generate de patogeni mult mai tipici
Abdominopelviană[3, 16]	Tuberculoză intestinală, nocardioză, abcese tubo-ovariene ori pelviene, carcinom, limfom, apendicită cronică, enterită regională, boală inflamatorie intestinală sau pelviană
La nivelul sistemului nervos central[1, 3]	Infecţii ori abcese provocate de bacterii piogenice, de tuberculoză, nocardioză, neoplazie, chisturi coloide sau dermoide, colesteatom, anevrism al arterei bazilare

Caseta 2 | Semnele clinice "de alarmă" pentru actinomicoză[1]

- Evoluţia silenţioasă
- Caracterul cronic
- Aspectele sugestive pentru tumori
- Apariţia unor tracturi sinuoase (care pot să se vindece şi, ulterior, să se refacă)
- Extensia printre planurile tisulare
- Infecţia refractară sau recăderea dupa o cură scurtă de antibiotice

tare frecvente sunt febra şi edemele cronice (dureroase sau nu), la nivelul ţesuturilor moi din regiunea perimandibulară, din care se pot dezvolta, în timp, tracturi sinuoase.[12] Leziunile căpătă, uneori, o consistenţă fermă, lemnoasă, ce orientează, adesea, către un diagnostic greşit de neoplazie. Limfadenopatia regională nu apare, de regulă, decât în stagiile ulterioare.[8] Infecţia se poate extinde şi spre structurile locale – de pildă, spre oase şi muşchi. Într-un studiu retrospectiv, pe 317 subiecţi cu actinomicoză cervicofacială, infecţia oasoasă (periostită şi osteomielită) a fost întâlnită în 11,7% dintre cazuri.[12] Un studiu de caz a raportat implicarea muşchilor masticatori, care a generat dificultăţi de masticaţie şi trismus.[w5]

Actinomicoza toracică se întâlneşte la 15-20% dintre persoanele afectate.[5, 13] Infecţia apare, de obicei, prin aspiraţia secreţiilor orofaringiene, dar poate surveni şi după perforaţie esofagiană, diseminare locală de la o infecţie cervicofacială sau abdominală ori prin diseminare hematogenă.[3] O incidenţă mai mare a fost raportată la bolnavii cu afecţiuni subiacente pulmonare (de exemplu, emfizem, bronşită cronică şi bronşiectazie), dar seriile de cazuri raportate au fost mici.[10, 13] Se consideră că actinomicetele colonizează ţesuturile devitalizate, frecvent întâlnite în mai sus-citatele patologii,[13] deşi un alt studiu a relevat faptul că boala nu pare să fie provocată de o maladie pulmonară subiacentă.[w6] Coexistenţa unor afecţiuni ale plămânului asociate, precum tuberculoza sau cancerul, face mai dificilă stabilirea diagnosticului şi a tratamentului.[w7, w8] Tabloul clinic iniţial poate fi cel al unei pneumonii cu febră de grad mic, tuse, dispnee şi durere toracică. De regulă însă, există un istoric îndelungat de boală, corelat cu pierdere în greutate şi cu hemoptizie.[14]

Au fost semnalate unele complicaţii – de exemplu, *empyema necessitans* (o complicaţie rară a piotoraxului, în care infecţia pleurală se extinde către ţesuturile moi ale peretelui toracic),[w9] revărsatul pleural,[w10] invazia mediastinală[w11] şi distrugerea coastelor.[w12] Boala mediastinală poate progresa spre cord, cea mai frecventă manifestare fiind pericardita.[w13, w14] Miocardita şi endocardita apar ceva mai rar, fie prin extensie de la nivelul pericardului, fie prin diseminare hematogenă.[w15, w16]

Actinomicoza abdominopelvină se întâlneşte la circa 20% dintre cazuri.[5] Pacienţii care au avut apendicită acută, în special cu perforaţie, constituie majoritatea (65%) cazurilor şi se pot prezenta cu o formaţiune tumorală în fosa iliacă dreaptă.[w17, w18] Alţi factori predispozanţi sunt perforaţia gastrointestinală sau a tractului genitourinar, cu ori fără eroziune la nivelul barierei mucoase.[15] Astfel de infecţii pot fi dificil de diagnosticat, deoarece bolnavii au, uneori, simptome nespecifice (febră, pierdere în greutate, durere abdominală). Nu întotdeauna se palpează o formaţiune tumorală,[16, w19] iar mai puţin de 10% dintre cazuri sunt diagnosticate preoperator.[w20] Infecţia se poate extinde direct către ţesuturile învecinate şi se pot forma tracturi sinuoase la nivelul peretelui abdominal sau în regiunea perianală.

Deşi forma abdominală a bolii se poate extinde direct la nivel pelvian, actinomicoza pelviană se asociază mai ales cu dispozitivele intrauterine contraceptive.[6, 16] Pacientele se prezintă, de regulă, cu un istoric de folosire îndelungată (peste doi ani) a respectivelor dispozitive, cu febră, scurgeri vaginale, durere pelviană ori abdominală şi pierdere în greutate.[6, 17, 18] Deşi utilizarea lor este strâns corelată cu actinomicoza intraabdominală, nu se ştie după cât timp de la implantare pot duce la creşterea riscului de infectare.[16]

Actinomicoza se localizează rareori şi în sistemul nervos central (SNC), în oase, muşchi şi proteze articulare. Infecţia de la nivelul SNC apare, de obicei, prin diseminare hematogenă sau prin extensie directă de la o infecţie oro-cervico-facială. Într-un studiu pe 70 de cazuri de actinomicoză cu o atare localizare s-a raportat următoarea distribuţie a infecţiei: abcese cerebrale (67%), meningită ori meningoencefalită (13%), actinomicom (7%), empiem subdural (6%) şi abces epidural

Scanned with OKEN Scanner

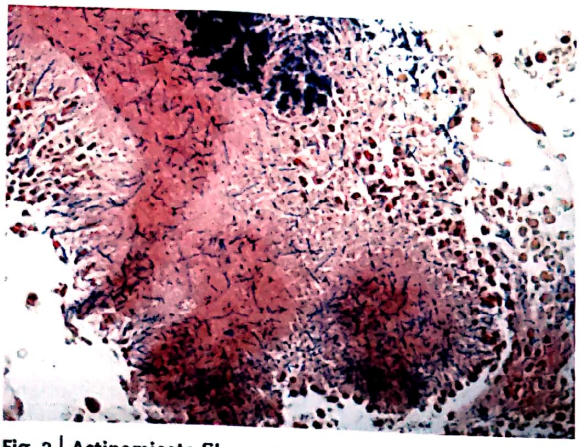


Fig. 2 | Actinomicete filamentoase Gram pozitive (coloraţie Gram, magnificaţie originală x40)

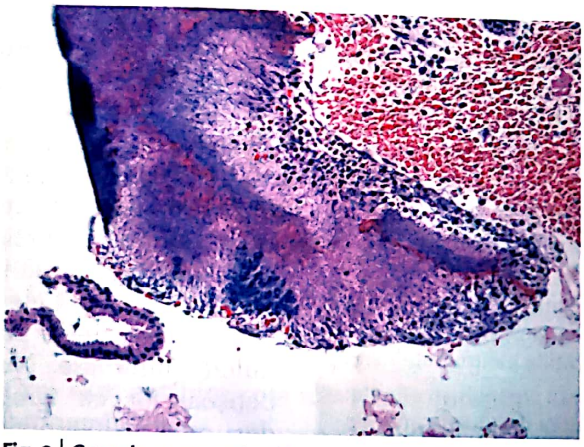


Fig. 3 | Granule cu aspect sulfuros, ce evidenţiază agregate dense de actinomicete Gram pozitive, neformatoare de spori, filamentoase, cu un infiltrat neutrofilic adiacent. Filamentele sunt înconjurate de material eozinofilic proteic, ce reprezintă reacţia gazdei (fenomenul Splendore-Hoeppl) (coloraţia hematoxilină-eozină, magnificaţie originală x20)

(6%).[19] În ceea ce priveşte infecţia non-meningitică, tabloul clinic a fost, de regulă, acela al unei leziuni înlocuitoare de spaţiu, cu cefalee şi semne neurologice focale, legate de sediul anatomic al bolii.

Infecţiile musculoscheletale apar, de obicei, prin extensia de la un focar adiacent de ţesuturi moi (75% dintre cazuri), dar pot fi generate şi de traumatismele locale (19%) sau prin diseminare hematogenă (3%).[20] Oasele feţei, mai ales mandibula, sunt cele mai frecvente localizări ale infecţiei osoase.[12] A fost descrisă actinomicoza de la nivelul protezelor de şold şi de genunchi, prezentările precoce sugerând o inoculare a microorganismului perioperator, iar cele tardive, o diseminare hematogenă de la un sediu extraarticular.[w21, w22]

Deşi toate speciile de actinomicete au capacitatea de a se răspândi pe cale hematogenă, actinomicoza diseminată este extrem de rară în era antibioterapiei. *A. meyeri, A. israeli* şi *A. liodontolyticus* sunt speciile cele mai frecvent asociate cu această formă clinică.[21]

Cum este diagnosticată actinomicoza?

Caseta 2 redă semnele clinice "de alarmă" pentru actinomicoză; tabelul prezintă diagnosticele diferenţiale importante ce trebuie avute în vedere pentru fiecare dintre formele clinice. Depistarea este dificilă – un diagnostic de certitudine depinde de izolarea microorganismului dintr-o probă biologică.

Teste sangvine

Rezultatele sunt nespecifice. Pot exista semne de anemie, leucocitoză uşoară, valori mai mari decât cele normale ale vitezei de sedimentare a eritrocitelor şi ale proteinei C reactive.[2, 6, 13] Concentraţia fosfatazei alcaline poate fi crescută în actinomicoza hepatică.[w23]

Imagistica

În stadiile precoce ale bolii, aspectele imagistice sunt, de regulă, nespecifice, fără valoare diagnostică şi pot fi asemănătoare celor întâlnite în alte procese inflamatorii sau neoplazice locale (în special în cazul tumorilor pulmonare).[13] Imagistica trans-secţională, prin tomografie computerizată ori prin rezonanţă magnetică nucleară aduce, de obicei, informaţii nespecifice privitoare la un abces ori la un flegmon, însă indică localizarea anatomică exactă, ceea ce poate facilita obţinerea de probe tisulare (fig. 1). Spre deosebire de alte infecţii, limfadenopatia locală sau regională este întâlnită arareori. În stadiile ulterioare ale infecţiei poate exista dovada unei infiltrări a ţesuturilor învecinare de-a lungul planurilor tisulare, cu formare de tracturi sinuoase, caracteristice, dar nu specifice, pentru actinomicoză.[22-24]

Histopatologie

Demonstrarea, la examenul histopatologic, a microorganismelor filamentoase, a celor Gram pozitive şi a granulelor cu aspect sulfuros este înalt sugestivă pentru diagnosticul de actinomicoză (fig. 2 şi 3). Granulele cu aspect sulfuros sunt colonii de microorganisme, pe care coloraţia cu hematoxilină-eozină le evidenţiază sub forma unor mase bazofilice rotunde ori ovalare, cu "măciulii" eozinofilice terminale. Deşi înlesnesc stabilirea diagnosticului, respectivele granule nu se găsesc întodeauna în culturi în cazurile confirmate de actinomicoză.[3] Într-o serie de 181 de cazuri de actinomicoză, numărul mediu de granule *per* mostră examinată a fost şapte, dar în 56% dintre cazuri au fost prezente între una şi trei granule, iar în 26%, una singură. În şapte

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

ALTE RESURSE EDUCAŢIONALE

Resurse pentru medici

Russo TA. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 7th ed. Elsevier Churchill Livingstone, 2010:3209-19.

Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;26:1255-61; quiz 62-3.

Bonacho I, Pita S, Gomez-Besteiro MI. The importance of the removal of the intrauterine device in genital colonization by actinomyces. *Gynecol Obstet Invest* 2001;52:119-23

Resurse pentru pacienţi

Selecţiile NHS (www.nhs.uk/conditions/Actinomycosis/Pages/Introduction.aspx) – Date referitoare la toate tipurile de actinomicoză; includ materiale video

Patient UK (www.patient.co.uk/doctor/Actinomycosis.htm) – Informaţii privitoare la cauzele actinomicozei, la formele ei de prezentare şi la tratamentul bolii

Întrebări pentru cercetările viitoare

- Care este impactul real al bolii în speţă în diferite situaţii epidemiologice?
- Care sunt legăturile exacte dintre actinomicoză şi bacteriile coexistente, în ceea ce priveşte patogeneza afecţiunii şi care sunt implicaţiile pentru tratament?
- Ce efect (în cazul în care există vreunul) au diferitele forme de imunosupresie asupra riscului de apariţie al actinomicozei?
- Ce eficienţă clinică au diferiţii agenţi antimicrobieni folosiţi în actinomicoză?
- Schemele terapeutice ar putea fi îmbunătăţite şi, în particular, scurtate?
- Pot noile tehnici (de pildă, secvenţierea ARN-ului ribozomal 16S) să amelioreze diagnosticul şi prognosticul, în practica clinică de zi cu zi?

cazuri în care s-au izolat actinomicetele nu s-a observat nicio granulă.[10] Mai mult, respectivele granule nu sunt specifice pentru actinomicoză, deoarece se pot întâlni şi în alte afecţiuni – de pildă, în nocardioză, cromomicoză şi botriomicoză.[3] Pentru punerea în evidenţa a bacteriilor filamentoase Gram pozitive de la periferia granulelor sunt necesare tehnici de colorare speciale (coloraţia Gram, impregnarea argentică Gomori şi Giemsa).[1] Anticorpii fluorescenţi, specifici fiecărei specii, permit identificarea rapidă a bacteriilor, prin coloraţie directă, chiar şi după fixarea în formol. Un studiu mic asupra actinomicozei cervicofaciale a relevat o bună corelaţie între coloraţia standard şi cea conjugată cu *A. israeli*, pe secţiuni tisulare; respectiva tehnică are avantajul specificităţii şi este utilă în cazul infecţiilor mixte.[w24]

SFATURI PENTRU MEDICII DE FAMILIE

- Dacă pacientul este stabil clinic, pentru a se asigura un diagnostic de certitudine se va evita antibioterapia până la obţinerea unei probe biologice
- Dacă se obţine o mostră de puroi sau de granule cu aspect sulfuros, de la nivelul unui abces sau al unui sinus, se va cere explicit o cultură pentru actinomicete pe formularul de analize; se va evita recoltarea probei cu un beţişor cu tampon
- Se va asigura transportul rapid al eşantionului recoltat până la laboratorul de microbiologie, ce va fi atenţionat în legătură cu urgenţa analizei
- Este importantă urmărirea pe termen lung a pacientului în timpul curei prelungite cu antibiotice, pentru a se asigura aderenţa sa la tratament şi pentru a se evalua eradicarea infecţiei

Microbiologie

Un diagnostic de certitudine impune izolarea directă a bacteriilor dintr-o probă biologică sau de la nivelul granulelor sulfuroase. Procedura implică, însă, o rată mare de eşec (peste 50%), din mai multe motive – de exemplu, tratamentul anterior cu antibiotice, creşterea concomitentă a altor microorganisme sau metodologia neadecvată de prelevare a eşantioanelor.[7] Cele mai adecvate probe biologice sunt cele de puroi, tisulare ori din granulele sulfuroase. Nu este indicată folosirea beţişoarelor cu tampoane sterile deoarece, deşi mostrele recoltate pot fi însămânţate pe culturi, proba iniţială nu poate fi analizată la microscop – o coloraţie Gram a mostrei este, de regulă, mai sensibilă decât cultura, mai ales dacă pacientul a primit antibiotice.[1] Se va evita antibioticoterapia înainte de prelevarea eşantionului, ce va fi transportat cât mai repede posibil la laborator.[9] În funcţie de sediul infecţiei se poate obţine o probă tisulară fie prin ghidare imagistică (tomografie computerizată sau ecografie), fie direct prin procedeu chirurgical.[25,w25-w27] Medicii ar trebui să precizeze laboratorului ce microorganism caută şi să ceară în mod specific cultură pentru actinomicete, pentru a se asigura cultivarea prelungită pe mediile adecvate.

Actinomicetele sunt microorganisme cu creştere lentă, ce pot fi cultivate pe medii selective de agar, în condiţii anaerobe, la 37°C, timp de până la trei săptămâni. Într-un laborator general de microbiologie clinică actinomicetele sunt identificate pe baza morfologiei coloniilor pe mediul de agar şi pe baza profilului biochimic. Kiturile biochimice comerciale au făcut identificarea bacteriilor mai uşoară şi mai rapidă, deşi un studiu arăta că precizia unor astfel de kituri este slabă (sub 60%), comparativ cu cea a analizelor de laborator clasice.[26] Au fost puse la punct teste sero-

Scanned with OKEN Scanner

logice, dar este necesar ca, înainte de a deveni utile clinic, să li se îmbunătățească profilul de sensibilitate și de specificitate.[1] În laboratoarele de referință sau de cercetare sunt aplicate noi metode de genetică moleculară, precum reacția în lanț a polimerazei,[w28] secvențierea ARN-ului ribozomal 16S,[w28] hibridizarea fluorescentă *in situ*[w28] și spectrometria de masă,[w29] ce asigură o identificare mai rapidă și mai precisă. În laboratoarele britanice de referință, secvențierea ARNr-ului 16S este metoda curentă preferată pentru detectarea actinomicetelor din probe biologice.

Cum este abordată actinomicoza?

Experiența clinică a arătat că actinomicoza este curabilă prin doze mari de antibiotic – de pildă, penicilină timp de șase–12 luni.[1,9] Abordarea modernă a terapiei este, însă, mai individualizată, iar schema exactă de antibiotice depinde de sediul infecției, de severitatea bolii și de răspunsul pacientului la tratament. Noi sugerăm ca, pentru asigurarea unei terapii adecvate, fiecare caz să fie discutat cu o echipă de microbiologi sau de infecționiști. Pacienții sunt monitorizați cu regularitate, pentru a li se evalua progresul clinic și radiologic și, în final, pentru a confirma eradicarea infecției.

Care sunt antibioticele folosite în terapia actinomicozei?

În trecut, pacienții cu orice formă de actinomicoză erau tratați cu doze mari de penicilină G pe cale intravenoasă (18-24 milioane de unități pe zi), timp de două–șase săptămâni, urmate de peniclină V pe cale orală, în doze de 2-4 g/zi, timp de șase până la 12 luni.[1,9] Riscul actinomicetelor de a dezvolta rezistență este scăzut.[9] Studiile *in vitro* au arătat că ele sunt sensibile la un spectru larg de agenți antimicrobieni. Un studiu britanic realizat pe 87 de izolate biologice de actinomicete a arătat că majoritatea a avut sensibilitate față de β-lactamide (benzatilpenicilină, amoxicilină, ceftriaxonă, meropenem și piperacilină-tazobactam), doxiciclină, clindamicină, eritromicină și claritromicină.

Identificarea speciilor s-a dovedit a fi esențială, datorită rezistenței la unele antibiotice.[27] Rezultatele obținute au fost susținute și de un studiu danez din 2009.[28] Cercetările au arătat că multe specii de actinomicete au fost sensibile la agenți antimicrobieni noi, precum linezolidul[27,28] și tigeciclina,[28] în timp ce fluorochinolonele (de exemplu, ciprofloxacina și moxifloxacina) și tetraciclinele au avut rezultate mai slabe.[27,28] Totuși, acestea din urmă au fost folosite cu succes pe scară largă,[1,7] ca și chinolonele de altfel, a căror eficiență, atestată de foarte puține date, a fost evidențiată în cadrul câtorva raportări izolate de cazuri rezolvate printr-un asttfel de tratament.[w30,w31]

Pacienților alergici la peniciline li se pot prescrie doxiciclina, minociclina, clindamicina și eritromicina.[1,5,29,31] Eritromicina este o opțiune sigură pentru femeile însărcinate.[1]

Există un număr limitat de dovezi clinice legate de noile β-lactamide, cu excepția raportărilor despre infecțiile tratate eficient cu ceftriaxonă,[w32] cu piperacilină-tazobactam,[w33] imipenem[w34] și meropenem.[w35] Antibioticele fără activitate *in vivo* asupra actinomicetelor sunt metronidazolul, amnioglicozidele, oxacilina, dicloxacilina și cefalexinul; ele n-ar trebui să fie utilizate ca monoterapie.[w36]

Care sunt variantele optime pentru tratamentul antibiotic inițial?

Schema terapeutică ar trebui să țină seama de sediul infecției, precum și de alți patogeni ce pot fi prezenți – deși rolul lor în patogeneza actinomicozei este neclar, multe microorganisme sunt patogene ele însele, astfel că faza inițială a terapiei ar trebui să acționeze și asupra altor bacterii ce se pot afla la locul infecției. O schemă de primă intenție poate include o β-lactamidă și un inhibitor de β-lactamază, precum acidul clavulanic sau tazobactamul, ce oferă un plus de protecție împotriva posibilelor microorganisme producătoare de β-lactamază, ca *S. aureus*, anaerobii Gram negativi și, în cazul actinomicozei abdominale, enterobacteriile.[9,27] În situația afectării abdominale se poate alege o asociere între amoxicilină și acidul clavulanic cu metronidazol (ori clindamicină), pentru anaerobii stricți, plus un aminoglicozid, precum gentamicina, pentru enterobacteriile rezistente. În asemenea situații clinice, se poate opta fie pentru piperacilină-tazobactam fie, pentru un carbapenem (imipenem ori meropenem).[27]

Când este luată în considerare abordarea chirurgicală?

Deși antibioticele reprezintă piatra de temelie în terapia actinomicozei, în unele cazuri, mai ales dacă sunt prezente țesuturi necrotice extinse, tracturi sinuoase sau fistule, poate fi necesară și rezecția chirurgicală a țesuturilor infectate. La o asemenea abordare se apelează, uneori, fie când nu se poate exclude o neoplazie, fie dacă nu se reușește drenarea, prin aspirație percutană, a unui abces mare sau a unui empiem.[9] Necesitatea abordării chirurgicale trebuie să fie evaluată individualizat, pentru fiecare pacient în parte. Ea poate fi o opțiune validă pentru cei care nu răspund la medicație. O analiză retrospectivă

Scanned with OKEN Scanner

a bolnavilor cu actinomicoză toracică a arătat că tratamentul chirurgical a eradicat infecția la cinci dintre cei care nu au răspuns favorabil la antibioterapia inițială.[25] De asemenea, intervenția operatorie poate fi folosită pentru a controla simptomele – de exemplu, pentru verificarea hemoptiziei în forma toracică.[w37]

Care este durata optimă a tratamentului?

Ea depinde de încărcătura inițială a bolii, de reușita rezecției chirurgicale și de răspunsul pacientului la tratament.[9] S-ar putea ca recomandările tradiționale ce indică o terapie cu o durată de șase până la 12 luni să nu fie valabile în toate cazurile. Mai multe studii au utilizat cure scurte de antibioterapie pentru actinomicoză. Subtipul orofacial poate fi vindecat prin cure scurte de antibiotice (pe cale orală și intravenoasă), de două până la șase săptămâni, în asociere cu drenajul chirurgical.[32]

Actinomicoza toracică poate fi tratată prin cure relativ scurte de tratament. Într-un sondaj realizat pe 19 subiecți cu o astfel de suferință se descria eficiența antibioterapiei pe o durată medie de șase săpătămâni (interval de la una la șase săptămâni). S-a practicat rezecție chirugicală la șapte bolnavi. Un alt studiu realizat pe 16 persoane cu actinomicoză toracică a descris eficiența unui tratament cu penicilină, administrată fie pe cale intravenoasă (durată medie, două săptămâni), fie oral (trei luni). Nouă dintre subiecți au suferit debridare chirurgicală.[32]

Cercetările au arătat și faptul că boala pelviană poate fi tratată prin cure mai scurte de antibiotice. O analiză retrospectivă a relevat rezolvarea infecției după îndepărtarea chirurgicală a lezunii plus trei luni de antibioterapie.[w38] A mai fost semnalată vindecarea și după doar una până la două luni de antibiotice.[w39, w40] Dacă se tentează antibioterapia pe termen scurt se impune monitorizarea strictă a răspunsului clinic și a celui radiologic.[32]

Care este tratamentul în cazul pacienților imunocompromiși?

Schemele de antibiotice folosite în tratamentul actinomicozei la pacienții imunocompetenți sunt adecvate și pentru cei imunocompromiși.[1] În anumite situații clinice, precum asocierea cu HIV, au fost semnalate, însă, răspunsuri refractare la tratament, astfel că este prudent ca respectivele cazuri să fie discutate cu un specialist microbiolog sau infecționist.[w41]

Care este soarta DIU în cazul actinomicozelor pelviene sau a celor abdominale?

Recomandăm îndepărtarea DIU la pacientele cu actinomicoză pelviană sau abdominală. Un studiu controlat și randomizat a arătat că, alături de antibioterapie, îndepărtarea DIU a fost eficientă în eliminarea colonizării genitale cu actinomicete.[33] În afară de acest studiu, o prezentare de caz a indicat îndepărtarea DIU la bolnavele cu actinomicoză abdominală asociată cu un DIU.[w42]

Care este prognosticul actinomicozei?

Valorile mortalității variază între 0 și 28%, în funcție de sediul infecției și de intervalul de timp până la momentul punerii diagnosticului și, respectiv, până la inițierea tratamentului adecvat, cele mai mari fiind înregistrate în cazul infecției de la nivelul sistemului nervos central.[2] Astfel, este esențială stabilirea unui diagnostic corect și precoce.

Mulțumim lui Suha Deen, medic specialist histopatolog, pentru punerea la dispoziție a imaginilor histopatologice, și lui David Zu, asistent radiologie, pentru oferirea imaginilor radiologice (ambele de la Nottingham University Hospitals NHS Trust, Marea Britanie).

Contribuții: VKW a contribuit la conceperea primei versiuni a manuscrisului, iar TDT, la realizarea structurii articolului și la redactarea variantei lui finale. VCW a ajutat la conceperea lui, a aprobat versiunea trimisă spre publicare și garantează pentru ea. Toți autorii au revizuit critic manuscrisul.

Finanțare: Niciuna.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și declară că nu au avut: nicio susținere din partea vreunei organizații pentru lucrarea publicată; nicio legătură financiară cu vreo organizație care ar putea avea vreun interes din publicarea acestui articol, în ultimii trei ani; nicio altă relație sau activitate ce ar putea să pară ca a influențat lucrarea de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Traducere: Dr. Emanuela Micu

1 Russo TA. Agents of actinomycosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases . 7th ed. *Elsevier Churchill Livingstone*, 2010:3209-19.
2 Acevedo F, Baudrand R, Letelier LM, Gaete P. Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. *Int J Infect Dis* 2008;12:358-62.
3 Smego RA Jr, Foglia G. Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 1998;26:1255-61; quiz 62-3.
4 Schaal KP, Lee HJ. Actinomycete infections in humans—a review. *Gene* 1992;115:201-11.

Facem analize corecte.
Cu profit, dacă putem,
cu pierdere dacă trebuie,
însă întotdeauna analize corecte!

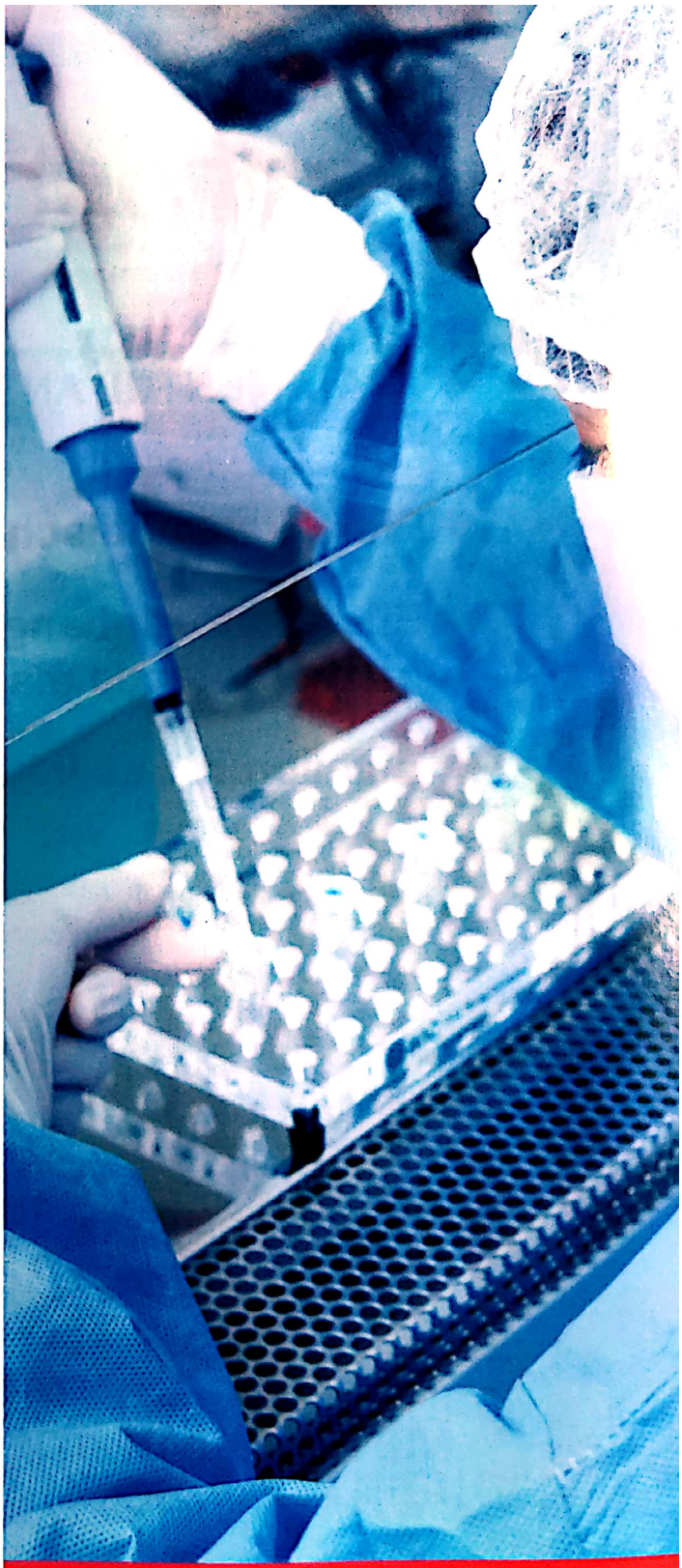
austromed clinic

Încă de la înființare, în 2004, **austromed clinic** și-a luat angajamentul să nu facă niciun rabat de la calitate și să livreze pacienților analize medicale care le redau fidel starea de sănătate. Pentru a-și ține promisiunea, **austromed clinic** și-a concentrat ani la rând știința și capacitatea asupra medicinei de laborator și nu și-a risipit resursele în alte domenii medicale. Mergând consecvent pe acest drum, **austromed clinic** se prezintă azi în fața pacienților și medicilor cu un laborator consolidat moral și profesional, corect și meticulos, în spiritul bunei tradiții medicale austriece, valori susținute fără compromisuri de o echipă medicală care își îndrăgește meseria. Analizele medicale efectuate de **austromed clinic** sunt baza cea mai solidă și de încredere pe care medicii curanți își pot fundamenta diagnosticul.

Portofoliul de produse al austromed cuprinde peste 380 de analize medicale în domeniile:

- *Hematologie-Coagulare*
- *Chimie clinică*
- *Toxicologie*
- *Imunologie*
- *Markeri infecțiosi*
- *Markeri tumorali*
- *Markeri hormonali și cardiaci*
- *Microbiologie*
- *Histologie*

Pentru detalii vă invităm să vizitați pagina de internet a laboratorului: www.austromed.ro



Punctul de lucru „Mihai Eminescu“
Str. Mihai Eminescu nr. 156
sector 2, București
CP 020083

Tel: +4021 317 4917
www.austromed.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

5 Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36-year period. A diagnostic "failure" with good prognosis after treatment. *Arch Intern Med* 1975;135:1562-8.
6 Fiorino AS. Intrauterine contraceptive device-associated actinomycotic abscess and Actinomyces detection on cervical smear. *Obstet Gynecol* 1996;87:142-9.
7 Bennhoff DF. Actinomycosis: diagnostic and therapeutic considerations and a review of 32 cases. *Laryngoscope* 1984;94:1198-217.
8 Oostman O, Smego RA. Cervicofacial actinomycosis: diagnosis and management. *Curr Infect Dis Rep* 2005;7:170-4.
9 Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *South Med J* 2008;101:1019-23.
10 Brown JR. Human actinomycosis. A study of 181 subjects. *Hum Pathol* 1973;4:319-30.
11 Pulverer G, Schutt-Gerowitt H, Schaal KP. Human cervicofacial actinomycoses: microbiological data for 1997 cases. *Clin Infect Dis* 2003;37:490-7.
12 Schaal KP, Beaman BL. Clinical significance of actinomycetes. In: Goodfellow M, Mordarski M, Williams ST, eds. The biology of the Actinomycetes . *Academic Press*, 1983:383-424.
13 Mabeza GF, Macfarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J* 2003;21:545-51.
14 Kinnear WJ, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. *Respir Med* 1990;84:57-9.
15 Fowler RC, Simpkins KC. Abdominal actinomycosis: a report of three cases. *Clin Radiol* 1983;34:301-7.
16 Choi MM, Baek JH, Lee JN, Park S, Lee WS. Clinical features of abdominopelvic actinomycosis: report of twenty cases and literature review. *Yonsei Med J* 2009;50:555-9.
17 Agarwal K, Sharma U, Acharya V. Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. *Indian J Med Sci* 2004;58:394-9.
18 Cayley J, Fotherby K, Guillebaud J, Killick S, Kubba A, MacGregor A, et al. Recommendations for clinical practice: actinomyces like organisms and intrauterine contraceptives. The Clinical and Scientific Committee. *Br J Fam Plann* 1998;23:137-8.
19 Smego RA Jr. Actinomycosis of the central nervous system. *Rev Infect Dis* 1987;9:855-65.
20 Lewis RP, Sutter VL, Finegold SM. Bone infections involving anaerobic bacteria. *Medicine (Baltimore)* 1978;57:279-305.
21 Felz MW, Smith MR. Disseminated actinomycosis: multisystem mimicry in primary care. *South Med J* 2003;96:294-9.
22 Ha HK, Lee HJ, Kim H, Ro HJ, Park YH, Cha SJ, et al. Abdominal actinomycosis: CT findings in 10 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1993;161:791-4.
23 Kim TS, Han J, Koh WJ, Choi JC, Chung MJ, Lee JH, et al. Thoracic actinomycosis: CT features with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:225-31.
24 Pickhardt PJ, Bhalla S. Unusual nonneoplastic peritoneal and subperitoneal conditions: CT findings. *Radiographics* 2005;25:719-30.
25 Song JU, Park HY, Jeon K, Um SW, Kwon OJ, Koh WJ. Treatment of thoracic actinomycosis: A retrospective analysis of 40 patients. *Ann Thorac Med* 2010;5:80-5.
26 Miller PH, Wiggs LS, Miller JM. Evaluation of API An-IDENT and RapID ANA II systems for identification of Actinomyces species from clinical specimens. *J Clin Microbiol* 1995;33:329-30.
27 Smith AJ, Hall V, Thakker B, Gemmell CG. Antimicrobial susceptibility testing of Actinomyces species with 12 antimicrobial agents. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:407-9.
28 Hansen JM, Fjeldsoe-Nielsen H, Sulim S, Kemp M, Christensen JJ. Actinomyces species: a Danish survey on human infections and microbiological characteristics. *Open Microbiol J* 2009;3:113-20.
29 Fass RJ, Scholand JF, Hodges GR, Saslaw S. Clindamycin in the treatment of serious anaerobic infections. *Ann Intern Med* 1973;78:853-9.
30 Kolditz M, Bickhardt J, Matthiessen W, Holotiuk O, Hoffken G, Koschel D. Medical management of pulmonary actinomycosis: data from 49 consecutive cases. *J Antimicrob Chemother* 2009;63:839-41.
31 Martin MV. Antibiotic treatment of cervicofacial actinomycosis for patients allergic to penicillin: a clinical and in vitro study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985;23:428-34.
32 Sudhakar SS, Ross JJ. Short-term treatment of actinomycosis: two cases and a review. *Clin Infect Dis* 2004;38:444-7.
33 Bonacho I, Pita S, Gomez-Besteiro MI. The importance of the removal of the intrauterine device in genital colonization by actinomyces. *Gynecol Obstet Invest* 2001;52:119-23

Cum pot fi evaluaţi şi ajutaţi cei care se ocupă de îngrijirea vârstnicilor

I D Cameron,[1] C Aggar,[2] A L Robinson,[3] S E Kurrle[4]

[1]Rehabilitation Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Sydney, Ryde, NSW 1680, Australia
[2]Sydney Nursing School, University of Sydney
[3]Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle, UK

Îngrijitorii sunt o sursă esenţială de sprijin pentru vârstnici şi preiau responsabilitatea majorităţii nevoilor de îngrijire ale acestora. Deşi activitatea pe care o prestează le oferă satisfacţii,[1] responsabilităţile implicate de aceasta pot determina, în timp, un declin al propriei lor sănătăţi mentale şi fizice,[1-3] mai ales când se ocupă de persoane cu demenţă,[4] putându-le influenţa negativ perspectivele educaţionale şi de angajare, situaţia financiară şi disponibilitatea de a participa la viaţa socială şi la cea comunitară.[2] De aceea, este important să-i identificăm pe cei care deţin roluri importante, deşi informale, în procesul de îngrijire. Evaluarea îngrijitorului şi a nevoilor acestuia, dar şi a condiţiilor în care se acordă astfel de servicii poate să amelioreze sănătatea şi starea generală a respectivei persoane şi să

'Curran Ageing Research Unit, Hornsby Ku-ring-gai Health Service, Hornsby, NSW, Australia
Corespondența la:
I D Cameron
ian.cameron@sydney.edu.au

Assessing and helping carers of older people

Citați articolul ca:
BMJ 2011;343:d5202
doi: 10.1136/bmj.d5202

Acesta este ultimul material dintr-o serie de patru articole dedicate îngrijirii vârstnicilor

asigure oferirea unui sprijin adecvat și oportun.[1]

Cum identificăm persoanele implicate în procesul de îngrijire?

Mulți îngrijitori nu se recunosc oficial ca atare, deoarece consideră că respectiva contribuție la procesul de îngrijire este parte integrantă din îndatoririle familiale. De aceea, ori de câte ori medicii se ocupă de pacienți cu afecțiuni sau handicapuri severe, cu evoluție cronică, ar trebui să identifice aportul de îngrijire al membrilor de bază ai familiei. Drepturile îngrijitorilor sunt recunoscute în politici și în legislație, unde sunt evidențiate aspectele legate de beneficii, servicii, chestiuni referitoare la angajare și la dreptul de a cere o evaluare a propriilor nevoi.[5] În unele țări, asistenții sociali au responsabilitatea de a-i ajuta pe îngrijitori în activitatea lor. În multe state însă, medicii, în special cei de familie, sunt în prima linie în ceea ce privește accesul pacienților la sănătate, iar dintr-o atare poziție pot identifica și monitoriza persoanele care dețin funcții importante în îngrijire, îi pot detecta pe cei cu risc de probleme psihice și fizice și pot oferi consiliere sau trimitere la specialist în funcție de caz (cazul ipotetic 1).[6] Îngrijitorii au și posibilitatea de a se prezenta direct la medicul de familie fie cu diverse probleme de ordin mental sau fizic, rezultate din responsabilitățile lor de îngrijire, fie pentru a obține informații, sfaturi și sprijin.

IDEI PRINCIPALE

- Identificarea îngrijitorilor este importantă, deoarece mulți nu se văd ca atare, deși responsabilitățile pe care și le asumă în cursul procesului de îngrijire le pot afecta sănătatea, dar și laturile financiară și socială ale vieții
- Poate că evaluarea extensivă a îngrijitorilor nu poate fi pusă în practică, însă medicii au posibilitatea să le evalueze rapid nevoile, să pună la punct un plan de colaborare cu aceștia și să-i trimită, când e necesar, la un specialist
- Adresarea întrebării "În mare, cât de împovărat vă simțiți?" este o metodă utilă și rapidă de aproximare a gradului de suprasolicitare al îngrijitorilor
- Elementele cheie ce trebuie atinse în cadrul interviului de evaluare includ date referitoare la: sănătatea mentală și fizică a îngrijitorului și a celui îngrijit; nevoile informaționale; puterea financiară; nivelul de împovărare și de stress; aspectele pozitive ale îngrijirii
- Dacă e nevoie, oferiți îngrijitorilor măsuri specifice de ajutor, precum instruire, informare, consiliere și sprijin
- Pentru a ajuta asistentul, asigurați-i persoanei asistate suport specific – de pildă, aprovizionare regulată cu medicamente, materiale sanitare și echipament sau îngrijire temporară
- Monitorizați îngrijitorul la intervale regulate și oferiți-i sprijin și după internarea în instituții de îngrijire sau după decesul pacientului

SURSE ȘI CRITERII DE SELECȚIE

Pe lângă accesarea colecțiilor personale de referințe am efectuat căutări în baza de date Cochrane și am recitit ghidurile Institutului Național pentru Sănătate și Excelență Clinică. Dacă a fost cazul, am ales analize sistematice și metaanalize. Au fost folosite studii observaționale și ghiduri de consens pentru a defini elementele evaluării îngrijitorului.

SCENARIUL CLINIC 1

Domnul Brown are 82 de ani și este diagnosticat cu demență de severitate medie; suferă și de hipertensiune arterială și osteoartrită la nivelul membrelor inferioare, iar recent a avut un atac vascular ușor, soldat cu hemipareză dreaptă și mers încetinit. Domnul Brown trăiește acasă, împreună cu soția lui, care are 78 de ani și se ocupă de îngrijirea lui. Nu au copii. Doamna Brown are funcții cognitive intacte, dar starea ei de sănătate este tot mai fragilă, fiind grevată de boală cardiacă ischemică și insuficiență cardiacă tot mai severă. În prezent ea este cea care conduce mașina, deoarece soțul și-a pierdut carnetul de șofer și recent a preluat și gestionarea problemelor financiare ale gospodăriei.

Cum ar trebui să se desfășoare evaluarea unei persoane implicate în îngrijire?

Deși au fost efectuate câteva studii bune ce au susținut necesitatea evaluării îngrijitorilor, există mai puține dovezi referitoare la felul în care ar trebui structurate evaluările și la aspectele pe care ar trebui să le includă acestea. În plus, nu credem că majoritatea angajaților din sănătate au timpul sau specializarea adecvate finalizării unei evaluări complete a asistenților. Sugestia noastră ar fi ca identificarea îngrijitorilor, examinarea sumară a trebuințelor acestora și, la nevoie, trimiterea la specialist să facă parte din atribuțiile personalului medical (cazul ipotetic 2). Ar putea urma îndrumarea către un membru al corpului medical care activează în medicina generală și este specializat în problemele îngrijitorilor.[7]

Totuși, studii observaționale ample desfășurate în Europa[8] și Australia arată că punctele esențiale ale evaluării sunt:

- Orice componente pozitive sau satisfăcătoare ale procesului de îngrijire
- Gradul de adecvare al mediului din locuință

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

SCENARIUL CLINIC 2

Doamna Brown se prezintă la cabinet pentru reţeta uzuală. Observaţi că insuficienţa ei cardiacă nu este optim gestionată şi că pacienta pare cam extenuată. Îi recomandaţi modificări ale schemei medicamentoase şi o întrebaţi care e situaţia acasă. Vă spune că soţul are nevoie de multă atenţie şi că uneori îi este greu. O întrebaţi dacă efortul depus nu îi afectează cumva starea de sănătate şi o întrebaţi dacă poate reveni după câteva zile pentru a vedea cum îi merge cu noua schemă de tratament şi că să mai discute despre situaţia de acasă. Este de acord, însă adaugă rapid: "Să ştiţi că eu vreau să-l îngrijesc tot acasă". O liniştiţi, explicându-i că nu vreţi decât s-o ajutaţi să aibă grijă în continuare de ea şi de soţul ei. Mulţumită de lămuriri, dna Brown revine după câteva zile, când constataţi că insuficienţa ei cardiacă este mai bine controlată şi când o întrebaţi cine o mai ajută acasă (figura). Se dovedeşte că nu are rude apropiate sau angajaţi care să mai preia din sarcini. Când o întrebaţi care este cel mai problematic aspect al îngrijirii, vă spune că, uneori, soţul se enervează şi ţipă la ea, în special când merg cu maşina (ea fiind la volan) sau când trebuie să-i facă baie. Mai aflaţi că trebuie să se trezească de mai multe ori pe noapte pentru a-şi ajuta soţul să meargă la toaletă şi apoi să se întoarcă în pat. Ceea ce implică tot atâtea întreruperi ale somnului. Discuţiile informale referitoare la administrarea gospodăriei au dezvăluit faptul că doamna Brown abia reuşeşte să se ocupe de cumpărături şi de plata facturilor şi că o copleşesc trebuinţele soţului ei. Nu ştie că există servicii la care ar putea avea acces şi nu prea înţelege nici natura progresivă a afecţiunii de care suferă soţul ei, nici modul cum trebuie gestionat comportamentul lui dificil.

SCENARIUL CLINIC 3

Doamnei Brown i s-a oferit ajutor pentru îmbăierea şi igiena soţului, timp de trei zile pe săptămână, ceea ce a diminuat accesele de agresivitate ale acestuia. Domnul Brown a refuzat să meargă într-un centru de îngrijire temporară, însă doamna Brown a beneficiat de serviciile de asistenţă temporară la domiciliu, timp de câteva ore, bisăptămânal, ceea ce i-a permis să-şi respecte programările la medic, să facă cumpărături şi să plătească facturile. Totodată, s-a dus regulat la întâlnirile unui grup de susţinere a îngrijitorilor, care oferă educaţie referitoare la îngrijire şi la demenţă; participarea la respectivele reuniuni i s-a părut utilă, atât prin prisma informaţiilor obţinute cât şi a sprijinului oferit de personal şi de ceilalţi membri ai grupului. La controlul efectuat după trei luni, doamna Brown este încă stresată, însă afirmă că se descurcă mult mai bine cu soţul ei. Insuficienţa cardiacă de care suferă este bine controlată, iar pacienta se prezintă periodic la control.

- Starea de sănătate fizică şi psihologică a îngrijitorului şi a celui îngrijit
- Nevoile funcţionale ale persoanei asistate
- Nivelul de stres şi de solicitare al îngrijitorului
- Cultura, locul de muncă şi nivelul financiar al îngrijitorului
- Nevoile informaţionale ale îngrijitorului
- Manifestarea unor forme de abuz faţă de îngrijitor

Printre factorii cu impact negativ asupra bunăstării îngrijitorilor se numără:

- Tulburări comportamentale ale persoanei/persoanelor îngrijite
- Sexul feminin al îngrijitorului
- Relaţia îngrijitor – îngrijit este caracterizată ca fiind proastă
- Absenţa sprijinului social
- O gamă redusă de strategii de adaptare.[9]

În timpul unei evaluări oferiţi îngrijitorului ocazia de a vorbi despre propriile sale trebuinţe şi permiteţi-i să ia parte la procesul decizional. Recomandăm folosirea unui instrument de evaluare pentru ghidarea conversaţiei în scopul obţinerii informaţiilor esenţiale.[10, 11] Sunt disponibile numeroase astfel de instrumente multidimensionale sau de auto-raportare,[12] însă nu există prea multe dovezi în sprijinul superiorităţii unui anumit instrument în raport cu celelalte şi doar puţine se pretează la a fi aplicate în condiţiile programului din asistenţă primară. Figura ilustrează un model de monitorizare, evaluare şi intervenţie, structurat şi detaliat, ce poate fi folosit în practică, adaptat în funcţie de resursele disponibile, pentru a-i ajuta pe medici în activitatea lor de identificare şi susţinere a îngrijitorilor.[10-16] Există multiple instrumente de evaluare ce măsoară variate aspecte ale experienţei îngrijitorilor, în special gradul de suprasolicitare. Cel mai cunoscut este interviul Zarit de evaluare a sarcinilor îngrijitorului (the Zarit burden interview – ZBI), un chestionar cu 22 de puncte.[17] Respectivele instrumente nu sunt folosite de rutină în îngrijirea primară, dar sunt utilizate regulat în cercetare. Cu toate acestea, o analiză recentă a şase versiuni prescurtate ale ZBI sugerează că, deşi ZBI-12 este adecvat pentru toată populaţia de îngrijitori,[18] adresarea întrebării directe (numărul 22 din chestionare) – "În general, cât de solicitat vă simţiţi?" – este folositoare în scopul evaluării rapide.[19]

Care sunt intervenţiile utile pentru îngrijitori?

Deoarece cazurile în care se acordă asistenţă, trăsăturile caracteristice ale îngrijitorului şi strategiile de adaptare au un caracter complex, intervenţiile trebuie să fie de tip multicomponent şi individualizate, flexibile, cu frecvenţă şi durată suficiente şi dezvoltate în urma unui proces de colaborare cu îngrijitorul (cazul ipotetic 3).[20-23] Figura indică intervenţii corelate cu elementele evaluării. Direcţia trimiterii variază în funcţie de sistemul de sănătate şi de cel social. Numeroase studii au analizat intervenţiile realizate în scopul susţinerii celor care acordă asistenţă unor bolnavi cu demenţă sau cu accident vascular cerebral.[23] Eagar şi colab. sugerează că nevoile îngrijitorilor care se ocupă de pacienţi cu diferite afecţiuni nu diferă, exceptând nevoile legate de adaptarea la stresul implicat de asistarea persoanelor cu tulburări comportamentale asociate cu demenţa.[24]

Au fost evidenţiate beneficii mici, dar reproductibile, corelate cu programele educaţionale complexe şi cu intervenţiile psihologice de tip multicomponent, destinate îngrijitorilor; programele mai intense au avut un impact mai pregnant.[10, 25, 26] În special pentru metodele

Detaliile îngrijitorului Nume: ..... Vârsta: ..... Sex: M/F Relaţie:	
Evaluarea îngrijitorului	**Intervenţie**
Aspecte practice	
Locuiesc împreună? Da ☐ Nu ☐	Ajutor cu transportul
Şofaţi? Da ☐ Nu ☐ Mijloc de transport folosit.....	Vizite la domiciliu
Starea de sănătate a îngrijitorului	Examen general al stării de sănătate
Ce notă aţi acorda propriei sănătăţi?	
Excelentă ☐ Bună ☐ Acceptabilă ☐ Proastă ☐	
Aveţi temeri legate de starea de sănătate?	
Mergeţi regulat la medic pentru controale?	
Cât de stresat sunteţi ca urmare a activităţii de îngrijire pe care o desfăşuraţi?	Evaluarea sănătăţii mentale
Nu sunt stresat ☐ Sunt relativ stresat ☐ Sunt foarte stresat ☐	Trimitere către:
Activitatea de îngrijire desfăşurată vă induce stări de furie sau de depresie?	*Terapie cognitiv-comportamentală ori psiho-educaţională*
Rareori ☐ Ocazional ☐ De cele mai multe ori ☐	
Detalii ale îngrijirii	Servicii de susţinere
De cât timp prestaţi activitatea de îngrijire?	*Transport/Ajutor la domiciliu/ Mese/Îngrijirea vârstnicilor/ Servicii de îngrijire în comunitate*
Ce fel de servicii oferiţi?	
Câte ore pe săptămână/zi necesită procesul de îngrijire?	
Beneficiaţi de sprijin din partea membrilor familiei sau a prietenilor?	Modificări ale locuinţei *Echipament/Ajutoare*
Care parte a activităţii de îngrijire vă preocupă cel mai mult?	Sfaturi practice/Soluţii la variate probleme
	Suplimente nutritive/ Tulburări ale somnului/ Tulburări comportamentale
Servicii de sprijin	Îngrijire temporară
Ce servicii de sprijin sunt folosite?	*Pe termen scurt/Pe termen lung*
Ce servicii de sprijin credeţi că necesită implicarea dumneavoastră în gestionare?	*În instituţii/La domiciliu*
Detaliile persoanei îngrijite	Trimitere către
Ce aspecte ale sănătăţii persoanei îngrijite ridică probleme?	psihoterapeut/psihiatru
Funcţionale ☐ Memoria ☐ Comportamentale ☐	*Terapie individuală, în familie sau de grup*
Probleme legate de îngrijire	Informaţie/Educaţie
Izolare socială ☐ Efort financiar ☐	*Boala persoanei îngrijite/ prognosticul*
Stresul la nivel de relaţie ☐ Timp dedicat propriilor nevoi ☐	*Asociaţiile îngrijitorului/centre de susţinere/reţele dedicate*
	Planul de acţiune în caz de urgenţă
	Răspuns la urgenţe
	Sisteme/Echipament personal de identificare
Piedici şi probleme financiare	Asistenţă/consiliere financiară
Statutul de angajat	*Ajutoare guvernamentale sau de la organizaţii caritabile*
Probleme financiare şi juridice	Sprijin în chestiuni juridice
	Directive legate de îngrijirea sănătăţii, tutelă, împuternicire

Model de evaluare a îngrijitorului şi de recomandare a intervenţiilor specifice; adaptat după diferite surse[10-16]

ce implică terapia cognitiv-comportamentală au fost remarcate efecte moderate asupra gradului de solicitare, a anxietăţii şi a simptomelor depresive încercate de îngrijitor.[27] De beneficii, evidenţiate în principal pentru cei care acordă asistenţă, se bucură şi persoanele îngrijite, care le resimt la nivelul stării sufleteşti şi al comportamentului, iar implicarea atât a celor asistaţi cât şi a îngrijitorilor duce la creşterea eficienţei programelor.[25] Intervenţiile de susţinere a familiei şi grupurile de sprijin şi-au dovedit eficienţa mai cu seamă în contextul afecţiunilor psihiatrice şi al demenţei.[24]

Pot fi oferite în mod regulat servicii de îngrijire temporară, ce permit degrevarea membrilor familiei, şi care se desfăşoară la domiciliul pacientului, în centre de îngrijire sau în alte instituţii cu un atare profil.[24] O analiză Cochrane nu a găsit dovezi în sprijinul eficienţei unor astfel de servicii, fapt ce s-ar putea datora, însă, lipsei studiilor de înaltă calitate.[28] O analiză sistematică a ajuns la concluzia că îngrijirea temporară se asociază cu efecte reduse, oferind beneficii doar pentru anumite subgrupuri în cadrul studiilor controlate, nu întârzie momentul în care internarea devine necesară şi nu afectează în mod negativ vârstnicii cu o stare de sănătate precară.[29] În ciuda caracterului limitat al dovezilor referitoare la eficienţă, îngrijirea temporară ar trebui luată în calcul, cu condiţia să fie flexibilă şi adecvată la nevoile specifice ale îngrijitorilor.[30]

O analiză sistematică recentă a unor studii randomizate şi controlate cu privire la managementul situaţiilor ce implică pacienţii cu demenţă care trăiesc în comunitate şi îngrijitorii lor, a descoperit dovezi slabe ce ar fi putut explica întârzierea internării şi dovezi neconcludente referitoare la eficienţa organizării îngrijirii, a serviciilor şi la reducerea orelor destinate îngrijirii.[31] Efectul exercitat de managementul cazurilor asupra stresului şi a depresiei încercate de îngrijitor este complex.[32,33] Ghidurile clinice bazate pe dovezi sugerează o abordare fundamentată pe evaluarea precoce şi continuă a îngrijitorului şi pe un program flexibil al intervenţiilor, adaptat la preferinţele şi trebuinţele evaluate ale îngrijitorului.[10, 27] Dacă se produc schimbări importante fie ale stării de sănătate a persoanei asistate ori a îngrijitorului, fie ale mediului în care acesta din urmă îşi desfăşoară activitatea, este bine chiar să se anticipeze apariţia şi mai multor solicitări. Este posibil ca asistentul să aibă nevoie de ajutor şi după ce pacientul de care se ocupa a fost internat sau a murit.

Cu ce provocări ne confruntăm?

Una dintre provocările majore pentru clinicieni este caracterul limitat al timpului destinat evaluării. Trebuie să fie recunoscute, însă, beneficiile mai importante ce decurg din sprijinul eficient acordat îngrijitorilor. Este posibil ca medicii să constate că membrii familiei nu se regăsesc în termenul de

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

ÎMBUNĂTĂȚIREA PRACTICII MEDICALE

Resurse educaționale pentru îngrijitori

CarersUK (www.carersuk.org/) – Un site ce oferă informații și sfaturi practice pentru îngrijitori; centru de interes – Marea Britanie

Family Caregiver Alliance (www.caregiver.org/caregiver/jsp/home.jsp) – Site ce oferă informații și sfaturi pentru îngrijitori; centru de interes – SUA

Resurse educaționale pentru angajații din sănătate

Royal Princess Trust for Carers (http://professionals.carers.org/) – Resurse pentru angajații din sănătate care lucrează cu îngrijitorii; centru de interes – Marea Britanie

Supporting Carers in General Practice e-learning programme (www.e-lfh.org.uk/projects/supportingcarersingeneralpractice) – programe de educație medicală continuă bine structurate; necesită înregistrare și este disponibil doar pentru angajații din sistemul de sănătate britanic

Family Caregiver Alliance (www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1695) – site-ul cuprinde și informații pentru angajații din sănătate care lucrează cu îngrijitorii; centru de interes – SUA

BMA. Working with carers: guidelines for good practice, 2009 (Asociația Medicală Britanică. Colaborarea cu îngrijitorii: ghiduri de bună practică, 2009) www.bma.org.uk/healthcare_policy/community_care/Workingwithcarers.jsp – Un excelent rezumat al problemelor cu care se confruntă medicii care colaborează cu îngrijitorii; centru de interes – Marea Britanie

"îngrijitor", ceea ce diminuează probabilitatea ca ei să ceară o evaluare. Uneori, îngrijitorii (în special soții/soțiile) pot să refuze ajutorul sau intervențiile destinate lor, datorită senzației că nu ar avea nevoie de așa ceva sau pentru a nu simți că pierd controlul,[34] ori ca urmare a refuzului celui îngrijit de-a accepta ofertele respective.[35] Alte piedici în calea utilizării serviciilor includ inflexibilitatea furnizorilor, manifestată la nivelul tipului de ajutor oferit și al timpului alocat, procesul complicat de aplicare în vederea obținerii accesului la servicii, înțelegerea limitată și informațiile insuficiente referitoare la serviciile ce pot fi oferite și la costurile acestora.[36]

Din perspectiva medicilor de familie, elementele capabile să stimuleze îngrijitorii să accepte ajutoarele includ menținerea unei relații de sprijin permanente, dezvoltarea unei relații terapeutice cu îngrijitorul și o abordare flexibilă. Concret, se poate recurge la oferirea serviciilor pe o perioadă limitată, de probă, existând posibilitatea de a renunța la ele la sfârșitul intervalului de timp stabilit. O altă abordare presupune implicarea altor membri ai familiei în discuțiile referitoare la beneficiile oferite. Este util să le arătăm asistenților că le este clar recunoscut rolul crucial pe care-l au în procesul de îngrijire or, pentru a se implica în continuare, trebuie să fie sănătoși și mulțumiți de viața lor. Se recomandă supravegherea permanentă a îngrijitorilor și oferirea de sprijin și după internarea sau decesul celor aflați până atunci în grija lor.

În concluzie

Evaluarea îngrijitorilor și furnizarea unor intervenții adaptate particularităților fiecărui caz în parte sunt elementele esențiale ale îngrijirii vârstnicilor. Figura sugerează modalitățile prin care ar putea fi atinse obiectivele propuse. Steven Zarit, unul dintre inițiatorii studiilor cu privire la îngrijitori, a afirmat că "implicațiile cercetării, ca și principiile bunei practici clinice susțin fără echivoc premisa conform căreia evaluarea îngrijitorilor este o componentă necesară și vitală a procesului de asistare a vârstnicilor, indiferent de mediul în care se desfășoară acesta."[37]

IDC, SEK, CA și ALR au scris împreună articolul. IDC garantează pentru materialul publicat.

Finanțare: Pregătirea articolului a fost susținută de grantul de cercetare cu numărul de identificare 402791, acordat de Serviciile de Sănătate ale Autorității Australiene Naționale de Sănătate și de Consiliului de Cercetare Medicală. Salariul lui CA este finanțat prin intermediul unei burse primite în cadrul grantului mai sus menționat, iar cel al lui IDC este asigurat de o bursă pentru medici din partea Autorității Australiene Naționale de Sănătate și a Consiliului de Cercetare Medicală (număr de identificare: 1002488).

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul unificat pentru conflicte de interese ICMJE (disponibil la cerere, din partea autorului corespondent) și declară că: nu au beneficiat de sprijin financiar pentru materialul realizat din partea niciunei organizații, cu excepția grantului de cercetare cu numărul de identificare 402791, acordat de Serviciile de Sănătate ale Autorității Australiene Naționale de Sănătate și ale Consiliului de Cercetare Medicală; în ultimii trei ani nu au existat legături financiare cu nicio organizație ce ar putea avea vreun interes legat de materialul realizat și nu există alte tipuri de relații sau activități ce ar fi putut influența materialul înaintat spre publicare, cu excepția următoarelor: CA este membru al comitetului de conducere al Carers NSW (o organizație ce sprijină dezvoltarea carierei), iar SEK face parte din comitetul de conducere al Hammond Care (organizație ce oferă servicii de îngrijire ambulatorie sau cu internare persoanelor vârstnice și îngrijitorilor acestora).

Scanned with OKEN Scanner

Nu a fost necesar consimțământul pacienților (pacienți anonimizați, decedați sau ipotetici).

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

1 ChappellNL, Dujela C. Caregiving: predicting at-risk status. *Can J Aging* 2008;27:169-79.
2 Horner B, BoldyDP. The benefit and burden of "ageing-in-place" in an aged care community. *Aust Health Rev* 2008;32:356-65.
3 Schulz R, BeachS. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health EffectsStudy. *JAMA* 1999;282:2215-9.
4 Bertrand RM, Fredman L,Saczynski J. Are all caregivers created equăl? Stress in caregivers to adultswith andwithout dementia. *J Aging Health* 2006;18:534-51.
5 Department ofHealth. Carers. 2011. www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Carers/index.htm.
6 Guberman N, Nicholas E, Nolan M, Rembicki D, Lundh U, Keefe J. Impacts on practitioners of using research-based carer assessment tools: experiences from the UK, Canada andSweden,with insights from Australia. *Health Social Care Commun* 2003;11:345-55.
7 GreenwoodN, Mackenzie A, Habibi R, Atkins C, Jones R. General practitioners and carers: a questionnaire survey of attitudes, awareness of issues, barriers and enablers to provision of services. *BMC Fam Pract* 2010;11:100.
8 Eurofamcare.Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: characteristics, coverage, and usage—The TransEuropean survey report. In: Eurofamcare, ed. Institute for Medical Sociology, 2006.www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/teusure_web_080215.pdf.
9 Oyebode J. Assessment of carers' psychological needs. *Adv Psychiatr Treat* 2003;9:45-53.
10 Family Caregiver Alliance.Selected caregiver assessmentmeasures: a resource inventory for practitioners. FCA, 2002.
11 Family Caregiver Alliance. Caregivers counttoo! A tool kitto help practitioners assess the needs of family caregivers. FCA, 2006.
12 Deekin J, Taylor K, Mangan P, Yabroff K, Ingham J. Care for the caregivers: a reviewof self-reported instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers. *J Pain Sympt Manage* 2003;26:922-53.
13 National Collaborating Centre for MentalHealth. A NICE-SCIE guideline on supporting peoplewith dementia and their carers in health and social care. National clinical practice guideline 42 (updated version).2011. www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30320/ 30320.pdf.
14 American Medical Association. Caregiver self-assessment questionnaire. Howare you?www.snocare.org/kit/04CaregiverSelfAs sessmentQuestionaire.pdf.
15 Princess Royal Trustfor Carers.Supporting carers: an action guide for general practitioners and their teams.SheffieldUniversity. http:// static.carers.org/files/prtc-introductory-section-3660.pdf.
16 BMA. Working with carers: guidelines for good practice, 2009. www.bma.org.uk/healthcare_policy/community_care/Workingwithcarers.jsp.
17 Zarit burden interview(ZBI).www.rgpc.ca/best/GiiC%20Resources/GiiC/pdfs/3%20Caregiver%20Support%20-%20The%20Zarit%20Burden%20Interview.pdf.
18 Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit burden interview. *Gerontologist* 2001;41:652-57.
19 Higginson IJ, Gao W, Jackson D, Murray J, Harding R. Short-form Zarit caregiver burden interviews were valid in advanced conditions. *J Clin Epidemiol* 2010;63:535-42.
20 Schulz R, Martire L, Klinger J. Evidence-based caregiver interventions in geriatric psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 2005;28:1007-38.
21 Zarit S, Femia E, Kim K, Whitlatch C. The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. *Aging Ment Health* 2010;14:220-31.
22 Cameron M, Massuch L, Wishart D. Research-based recommendations for effective caregiver interventions: University of Michigan, 2008. www.dementiacoalition.org/pdfs/Recomm_Eff_CG_Interventions_3_6_08.pdf.
23 Lee J, Soeken K, Picot S. A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers. *West J Nurs Res* 2007;29:344-56.
24 Eagar K, Owen A, Wiliams K, Westera A, Marosszeky N, England R, et al. Effective caring: a synthesis of the international evidence on carer needs and interventions. Centre for Health Service Development-CHSD. Paper 27, 2007. www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/035CFE9F19D3745CCA25746400216027/$File/CHSDEffecCaringV2Final.pdf.
25 Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:657-64.
26 Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006;18:577-95.
27 Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evidence Based Health* 2008;6:137-72.
28 Lee H, Cameron M. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD004396.
29 Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Golder S, Arksey H, Adamson J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:290-9.
30 Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood R, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess* 2009;13:1-246.
31 Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues J, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging* 2010;14:669-76.
32 Lam L, Lee J, Chung J, Lau A, Woo J, Kwok T. A randomised controlled control to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;25:395-402.
33 Specht J, Bossen A, Hall GR, Zimmerman B, Russell J. The effects of a dementia nurse care manager on improving caregiver outcomes *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2009;24:193-207.
34 Sussman T. The influence of service factors on spousal caregivers' perceptions of community services. *J Gerontol Social Work* 2009;52:406-22.
35 Long SK, Liu K, Black K, O'Keeffe J, Molony S. Getting by in the community. Lessons from frail elders. *J Aging Social Policy* 2005;17:19-44.
36 Liu K, Manton KG, Aragon C. Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982-1994. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Social Sci* 2000;55B:S245-53.
37 Family Caregiver Alliance. Caregiver assessment: voices and views from the field. Report from a National Consensus Development Conference (Vol I). San Francisco, 2006. www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1630.

Noutăţi medicale

Rubrică realizată de:
Prof. Dr. Mircea Cinteză, Dr. Oana Enescu, Dr. Ştefania Lucia Magda

Contribuţie locală

Riscul crescut de accident vascular cerebral la pacienţii cu fibrilaţie atrială subclinică

(*N Engl J Med* 2012;366:120-129)

Prezenţa fibrilaţiei atriale (paroxistică, persistentă, permanentă) incumbă un risc crescut pentru evenimente cardioembolice, unul dintre cele mai frecvente şi cu prognostic infaust fiind accidentul vascular cerebral (AVC) ischemic. Practic, se consideră că fibrilaţia atrială (FA) generează 15% dintre cazurile de AVC ischemic, aproximativ 60% fiind determinate de boala cerebrovasculară. La restul pacienţilor afectaţi (circa un sfert din numărul total de cazuri) nu se poate stabili o cauză propriu-zisă. Ca atare, la respectivul grup de bolnavi este plauzibilă ipoteza existenţei fibrilaţiei atriale subclinice (asimptomatică şi neobiectivată prin înregistrare Holter sau ECG) ca factor de risc pentru AVC. Pornind de la ipoteza menţionată, un studiu recent (ASSERT) a monitorizat subiecţi cu vârste de peste 65 de ani, hipertensivi, fără istoric de FA sau flutter atrial, care necesitau terapie medicamentoasă şi cărora, într-un interval de opt săptămâni anterior includerii în cercetare, le-a fost implantat fie un stimulator cardiac bicameral (2 451 de pacienţi), fie un defibrilator automat implantabil (129 de subiecţi). Au fost excluşi cei care primeau tratament anticoagulant oral cronic, indiferent ce indicaţie a avut acesta.

Studiul a avut două obiective, principal fiind acela de a corela existenţa episoadelor subclinice de FA cu riscul de AVC ischemic. Bolnavii au fost evaluaţi după trei luni de la data includerii în cercetare, orice episod mai lung de şase minute de FA peste 190 bpm fiind interpretat ca tahiaritmie supraventriculară subclinică. La vizita de trei luni, cel puţin un astfel de episod a fost decelat la 261 de participanţi (10,1%), dintre care doar la şapte fuseseră observate manifestări clinice. Ulterior, pacienţii au fost urmăriţi pentru o perioadă de 2,5 ani, timp în care încă 633 dintre ei (24,5%) au prezentat episoade subclinice de tahiaritmie supraventriculară.

Tahiaritmii atriale clinice înregistrate pe un traseu electrocardiografic au fost depistate la 41 dintre cei 261 de participanţi care prezentaseră tahiartitmii subclinice până la vizita de trei luni (15,7%) şi la 71 dintre cei 2 319 de subiecţi la care nu se constataseră astfel de simptome înainte de respectiva vizită (3,1%) – hazard ratio (HR) 5,56; interval de încredere (CI) 95% 3,78–8,17; P<0,001).

Evenimente cerebrovasculare ischemice sau embolice sistemice s-au produs în rândul a 11 dintre cei 241 de bolnavi cu tahiaritmie atrială subclinică obiectivată în primele trei luni, faţă de 40 dintre cei 2 319 fără aşa ceva (HR 2,49; CI 95% 1,28–4,85; P=0,007), diferenţa semnificativă statistic menţinându-se şi după ajustarea factorilor de risc.

Analiza tuturor episoadelor de tahiaritmie supraventriculară subclinică mai lungă de şase minute, survenite în perioada de urmărire de 2,5 ani, indică un risc mai mare de AVC ischemic sau de eveniment embolic sistemic, când sunt comparate cu absenţa unor astfel de episoade (HR 2,00; CI 95% 1,13–3,55; P=0,02). A fost efectuată şi analiza în funcţie de durata episoadelor şi de frecvenţa lor, observându-se o relaţie directă între acestea şi riscul de apariţie a unui eveniment embolic sistemic ori cerebral. Corelarea datelor cu scorul CHADS al pacienţilor a arătat că, pe măsură ce respectivul scor avea valori mai mari, riscul bolnavilor creştea progresiv.

În concluzie, FA subclinică poate fi responsabilă pentru o parte din evenimentele embolice sistemice sau cerebrale care nu au o cauză decelabilă, studiul de faţă ridicând un semn de întrebare în ceea ce priveşte populaţia vizată în vederea administrării terapiei anticoagulante orale cronice în prevenţia primară.

Corticoterapia asociată N-acetil-cisteinei în hepatita alcoolică acută severă

(*N Engl J Med* 2011;365:1781-9)

Hepatita alcoolică acută (HAA) severă este o boală hepatică cu potenţial letal. Tratamentul glucocorticoid ameliorează supravieţuirea, dar mortalitatea rămâne crescută (35% după şase luni de la diagnosticare). N-acetil-cisteina (N-ACC) ar putea fi utilizată ca antioxidant în tratamentul HAA deoarece gruparea tiol din componenţa ei poate reduce nivelul radicalilor liberi.

Studiul prezentat a evaluat eficacitatea terapiei combinate glucocorticoizi–N-ACC, faţă de monoterapia cu glucocorticoizi, la pacienţii cu HAA severă. Au fost incluşi 174 de bolnavi în vârstă de peste 18 ani, care consumaseră, în medie, peste 50 g alcool/zi în ultimele trei luni şi care aveau o funcţie discriminativă Maddrey (timp pacient de protrombină – timp de control de protrombină, în secunde) + nivelul de bilirubină serică în mg/dl) de peste 32 şi un aspect histologic al ficatului sugestiv de hepatită alcoolică. Criteriile de excludere au fost: sindromul hepatorenal, carcinomul hepatocelular, infecţiile bacteriene necontrolate sau hemoragia gastrointestinală în ultimele patru zile, infecţia cu virus hepatitic C, B ori HIV, hepatita autoimună, hemocromatoza, boala Wilson, deficitul de alfa-1-antitripsină, hepatita indusă de acetamnifen, cancerul, alergia la N-ACC şi bolile severe cardiace, respiratorii sau neurologice.

Obiectivul primar a fost supravieţuirea la şase luni, iar cele secundare au inclus supravieţuirea la o lună şi la trei luni, complicaţiile hepatitei, reacţiile adverse ale N-ACC şi modificările nivelului bilirubinei la şapte şi, respectiv, 14 zile. Pacienţii au fost randomizaţi către prednisolon + N-ACC (85 de subiecţi) sau prednisolon izolat (89).

La o lună, mortalitatea a fost semnificativ mai mică în grupul cu prednisolon–N-ACC faţă de cel cu prednisolon izolat (8% *vs* 24%, P = 0,006), ceea ce nu s-a mai constatat nici după trei luni (22% *vs* 34%, P = 0,06), nici după şase luni (27% *vs* 38%, P = 0,07). Decesul prin sindrom hepatorenal a fost mai puţin frecvent în lotul cu prednisolon–N-ACC, fapt observat, însă, doar la şase luni (9% *vs* 22%, P = 0,02). Folosind analiza de regresie multivariată, factorii asociaţi cu supravieţuirea la şase luni au fost: vârsta mai tânără, timpul de protrombină mai scurt, valoarea iniţială mai mică a nivelului de bilirubină şi scăderea concentraţiei acesteia în ziua a 14-a (pentru toate, P<0,001). Infecţiile au fost mai rare în grupul cu prednisolon–N-ACC (P = 0,001). Alte efecte adverse au fost similare în cele două loturi.

În concluzie, deşi la pacienţii cu HAA severă, terapia combinată prednisolon–N-ACC a prelungit supravieţuirea la o lună, nu a fost atins obiectivul primar, reprezentat de supravieţuirea la şase luni.

Scanned with OKEN Scanner

UŞOR DE OMIS?

Apendicita

Sian R R Lewis,[1] Peter J Mahony,[2] John Simpson[3]

[1]Nottingham, UK
[2]Belvoir Health Group, The Surgery, Nottingham, UK
[3]Department of General Surgery, University Hospital/Queens Medical Centre, Nottingham NG7 2UH, UK
Corespondenţa la:
J Simpson
j.simpson@nottingham.ac.uk

EASILY MISSED?
Appendicitis

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d5976
doi:10.1136/bmj.d5976

Apendicita acută este cea mai frecventă afecţiune abdominală ce necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă. Apare ca urmare a inflamaţiei apendicelui vermiform, o structură cu aspect tubular, ataşată de baza cecului.

De ce este omisă apendicita?

Forma clasică de prezentare a apendicitei se întâlneşte în doar circa 50% dintre cazuri.[4] Afecţiunea poate apărea la orice grupă de vârstă, iar manifestarea clinică poate fi influenţată de etatea pacientului şi de localizarea anatomică a apendicelui. E posibil ca, la persoanele foarte tinere sau foarte în vârstă, care se prezintă cu o stare de confuzie, să nu fie fezabilă o anamneză corectă.

Se pare că sarcina protejează împotriva apendicitei,[5] care este, totuşi, cea mai frecventă urgenţă chirurgicală non-obstetricală din sarcină. În cazul unei paciente însărcinate, prezentările clinice sunt, uneori, atipice (datorită împingerii apendicelui de către uterul gravid), iar alteori pot fi confundate cu declanşarea travaliului; sensibilitatea abdominală poate fi localizată oriunde în partea dreaptă a abdomenului, dar există şi situaţii când este minimă, dacă apendicele inflamat este deplasat posterolateral.

Precizia diagnosticului de apendicită, stabilit de către medicii generalişti, este mare (92% de cazuri pediatrice corect diagnosticate), iar nespecificitatea semnelor şi a simptomelor reprezintă principalul motiv de întârziere a identificării afecţiunii.[6]

PREZENTARE DE CAZ

Un bărbat în vârstă de 50 de ani se prezintă la medic cu un istoric de durere abdominală difuză, concentrată în partea dreaptă a spatelui. Nu avusese simptome urinare, dar era subfebril (37,8°C). Sumarul de urină a relevat prezenţa hematiilor şi a proteinelor şi s-a emis diagnosticul provizoriu de colică renală. A fost trimis la spital, unde tomografia computerizată de la nivelul rinichilor, al ureterelor şi al vezicii urinare nu a relevat nicio dovadă a calculilor renali, dar a confirmat existenţa unui apendice inflamat, retrocecal. A urmat o apendicectomie deschisă, iar bolnavul s-a recuperat fără probleme.

CÂT ESTE DE FRECVENTĂ?

Apendicita este cea mai frecventă urgenţă abdominală şi determină, anual, în Anglia, peste 40 000 de internări (aproximativ un caz la 1 500)[1]

Afecţiunea apare, cel mai adesea, între 10 şi 20 de ani, dar nu este exlcusă la nicio grupă de vârstă

Există un raport bărbaţi/femei de 1,4:1; în SUA, *per* ansamblu, riscul vital este de 8,6%, pentru pacienţii de sex masculin, şi de 6,% pentru femei[2]

Din 1940, incidenţa internărilor pentru apendicită acută a fost în scădere, dar nu este clar ce anume a determinat un atare declin.[3]

Ce importanţă are?

Apendicita este un proces inflamator progresiv, iar incidenţa cazurilor cu perforaţie creşte proporţional cu durata simptomelor. Astfel, diagnosticul şi tratamentul prompt sunt esenţiale pentru a reduce riscul asociat cu inflamaţia avansată. După primele 36 de ore de la debutul simptomelor, media ratei de perforaţie se situează între 16 şi 36%, iar riscul producerii ei este de 5% pentru fiecare 12 ore ulterioare.[7] Perforaţia survine mai des la persoanele vârstnice şi la copiii mici,[8] probabil datorită întârzierii stabilirii diagnosticului,[9] însă ratele reale sunt dificil de calculat exact, datorită frecvenţei cazurilor nediagnosticate de apendicită resorbabilă.[10]

Cum se diagnostichează apendicita?

Aspecte clinice

Diagnosticarea apendicitei presupune o anamneză şi o examinare clinică riguroase, iar prezenţa sau absenţa unui simptom ori a unui semn clinic particular, la un anumit pacient, nici nu o exclude, nici nu o confirmă.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

PUNCTE CHEIE

Apendicita este mai ales un diagnostic clinic şi nu există niciun simptom ori semn care să-i indice ferm prezenţa sau, dimpotrivă, s-o excludă

S-a demonstrat că un istoric de febră ori de migrare a durerii şi dovada iritaţiei peritoneale sunt cele mai utile criterii clinice pentru diagnosticare

O valoare crescută a proteinei C reactive şi leucocitoza pot susţine diagnosticul

Prezentarea clasică poate fi influenţată de vârsta pacientului şi de poziţia anatomică a apendicelui

În evaluarea unui pacient cu o atare suspiciune, studiile au demonstrat că migrarea durerii (rata probabilităţii pozitive de 2,06) şi dovada atingerii peritoneale (sensibilitate localizată, directă sau indirectă (1,29-2,47), rigiditatea (2,96), reacţia de apărare (2,48) şi sensibilitatea la percuţie (2,86)) sunt cele mai utile semne clinice asociate cu un diagnostic pozitiv.[11]

Durerea abdominală este principalul simptom de prezentare al persoanelor cu apendicită acută. Secvenţialitatea durerii abdominale vagi, urmată de vărsături şi de migrarea durerii în fosa iliacă dreaptă, care a fost descrisă pentru prima dată de Murphy, poate fi prezentă, însă, doar în aproximativ 50% dintre cazuri.[4] În mod tipic, pacientul descrie o durere periombilicală ori epigastrică, ce se intensifică în primele 24 de ore, devine constantă şi ascuţită, apoi migrează în fosa iliacă dreaptă. Un simptom important este, adesea, lipsa poftei de mâncare; frecvent sunt prezente, de asemenea, constipaţia şi greaţa. Vărsăturile profuze reprezintă rareori un aspect major în apendicita necomplicată. Pacientul poate avea un facies aprins, limbă uscată şi miros fetid al gurii. Deseori apare stare febrilă (până la 38°C) şi tahicardie asociată. Examinarea abdomenului relevă sensibilitate localizată şi rigiditate musculară, după ce durerea s-a concentrat în fosa iliacă dreaptă. Frecvent, locul sensibilităţii maxime este considerat în dreptul punctului McBurney, situat la o distanţă de două treimi, pe linia ce uneşte ombilicul cu spina iliacă antero-superioară. Este prezentă durerea la decompresia bruscă a abdomenului, dar acest test trebuie făcut cu precauţie, deoarece creează disconfort pacientului. Adesea, mişcarea exacerbează durerea, iar dacă bolnavul este solicitat să tuşească, sensibilitatea maximă se va localiza în fosa iliacă dreaptă. Şi demonstrarea semnului Rovsing (palparea în fosa iliacă stângă duce la durere în fosa iliacă dreaptă, datorită iritaţiei peritoneale) poate fi de ajutor pentru stabilirea diagnosticului. În cazurile atipice este importantă examinarea regiunii inghinale drepte şi a şoldului, mai ales la copii, pentru a exclude o patologie existentă la respectivul nivel.

Sisteme de scorare

Sistemele de scoruri au fost puse la punct pentru a facilita diagnosticarea apendicitei. Cu ajutorul lor este estimată probabilitatea existenţei afecţiunii în speţă la un individ, comparativ cu un număr mare de persoane cu aceleaşi caracteristici, implicate în elaborarea scorurilor. Cel mai bine cunoscut este scorul Alvarado,[12] deşi, recent, scorul răspunsului inflamator din apendicită (AIR) a clasificat corect o mai mare proporţie de pacienţi în grupuri cu probabilitate mică şi, respectiv, mare. Scorurile folosesc anamneza şi examinarea clinică, alături de markerii inflamatori – astfel, se obţine, prin însumare, un scor numeric. Într-un studiu ce a inclus 545 de subiecţi cu suspiciunea de apendicită, aria caracteristică de operaţie a receptorului pentru scorul AIR a fost de 0,93, faţă de 0,88 în scorul Alvarado (P=0,0007).[13]

Variante anatomice în modul de prezentare a apendicitei acute

- Apendice retrocecal/retrocolic (20%)[14] – în multe situaţii este prezentă durerea de spate în partea dreaptă, însoţită de sensibilitate la palpare. Rigiditatea musculară şi sensibilitatea la palparea profundă sunt, adesea, absente, prin protecţia dată de suprapunerea cecului; în această poziţie, muşchiul psoas poate fi iritat, ceea ce duce la poziţia în flexie a şoldului şi la exacerbarea durerii la manevra de extensie a şoldului (semnului elongării psoasului).
- Apendice subcecal şi pelvin (51%)[14] – predomină durerea suprapubiană şi micţiunile frecvente. Pot fi prezente diareea şi tenesmele, datorită iritării rectului. Sensibilitatea abdominală poate lipsi, dar ea poate fi prezentă la nivel rectal sau vaginal, pe partea dreaptă. În sumarul de urină sunt evidenţiate, uneori, hematuria microscopică şi leucocituria.
- Apendice pre-ileal şi post-ileal (25%)[14] – poate apărea diaree prin iritarea porţiunii distale a ileonului. Un diagnostic prezumtiv de gastroenterită poate întârzia diagnosticul de apendicită.[8]

Investigaţii

Nu există un test specific de laborator pentru apendicită, dar analizele sangvine simple pot

susține diagnosticul, deoarece majoritatea pacienților vor avea leucocitoză cu preponderența neutrofiliei. Asocierea dintre proteina C reactivă și numărătoarea leucocitelor poate oferi o rată probabilă pentru apendicită de până la 23,32, în funcție de valorile obținute.[11] În schimb, când toți markerii inflamatori sunt în limite normale, apendicita este puțin probabilă.[11]

Pentru a evalua afecțiunile de natură obstetricală este obligatorie efectuarea unui test de sarcină la femeile aflate la vârsta procreării.

Sumarul de urină poate fi modificat la aproape jumătate din pacienții cu apendicită acută, datorită inflamației adiacente a tractului urinar drept și a vezicii urinare.[15]

Apendicita este mai ales un diagnostic clinic, ce poate fi susținut prin analize sangvine simple – de regulă, nu sunt necesare teste specializate. Investigațiile radiologice cel mai frecvent folosite sunt ecografia (sensibilitate și specificitate de 86% și, respectiv, 81%) și tomografia computerizată (94% și, respectiv, 95%),[16] deși cea din urmă ar trebui să fie folosită cu prudență, pentru a minimiza expunerea la radiații.

Care este tratamentul apendicitei?

Opțiunea terapeutică optimă presupune reanimare/reechilibrare adecvată, urmată de apendicectomie corespunzătoare, fie prin abordare deschisă, fie laparoscopic. Toți pacienții ar trebui să primească perioperator antibiotice cu spectru larg, o atare conduită diminuând incidența postoperatorie a infectării plăgii și a formării de abcese.[17]

Contribuții: SRRL și JS au redactat prima versiune a articolului. PJM a efectuat modificări importante. JS este garantul.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și declară că nu au avut: niciun suport din partea vreunei oraganizații pentru lucrarea de față; nicio relație financiară cu vreo organizație ce ar putea avea vreun interes din lucrarea de față, în ultimii trei ani, nicio altă relație sau activitate ce ar putea să pară că a influențat prezenta lucrare. JS declară că MA Healthcare i-a plătit cheltuielile de deplasare și de cazare pentru a ține o prelegere la un eveniment educațional legat de apendicita acută, în septembrie 2010.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, cu evaluare externă.

Nu a fost necesară obținerea consimțământului pacientului (pacient anonimizat, decedat sau ipotetic).

Traducere: Dr. Emanuela Micu

1 Hospital Episode Statistics. Primary diagnosis: summary. www. hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=202 .
2 Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990;132:910-25.
3 Kang JY, Hoare J, Majeed A, Williamson RC, Maxwell JD. Decline in admission rates for acute appendicitis in England. *Br J Surg* 2003;90:1586 -92.
4 Murphy JB. Two thousand operations for appendicitis, with deductions from his personal experience. *Am J Med Sci* 1904;128:187-211.
5 Andersson RE, Lambe M. Incidence of appendicitis during pregnancy. *Int J Epidemiol* 2001;30:1281-5.
6 Wilson D, Sinclair S, McCallion WA, Potts SR. Acute appendicitis in young children in the Belfast urban area: 1985-1992. *Ulster Med J* 1994;63:3-7.
7 Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg* 2006;202:401-6.
8 Cappendijk VC, Hazebroek FW. The impact of diagnostic delay on the course of acute appendicitis. *Arch Dis Child* 2000;83:64-6.
9 Hale DA, Molloy M, Pearl RH, Schutt DC, Jaques DP. Appendectomy: a contemporary appraisal. *Ann Surg* 1997;225:252-61.
10 Andersson RE. The natural history and traditional management of appendicitis revisited: spontaneous resolution and predominance of prehospital perforations imply that a correct diagnosis is more important than an early diagnosis. *World J Surg* 2007;31:86-92.
11 Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004;91:28-37.
12 Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986;15:557-64.
13 Andersson M, Andersson RE.The appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. *World J Surg* 2008;32:1843-9.
14 Ahmed I, Asgeirsson KS, Beckingham IJ, Lobo DN. The position of the vermiform appendix at laparoscopy. *Surg Radiol Anat* 2007;29:165-8.
15 Puskar D, Bedalov G, Fridrih S, Vuckovic I, Banek T, Pasini J. Urinalysis, ultrasound analysis, and renal dynamic scintigraphy in acute appendicitis. *Urology* 1995;45:108-12.
16 Terasawa T, Blackmore CC, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med* 2004;141:537-46.
17 Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD001439.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

IMAGISTICĂ LOGICĂ

Suspiciunea de demenţă incipientă

Jonathan M Schott,[1] Jason D Warren,[1] Frederik Barkhof,[2] Martin N Rossor,[1] Nick C Fox[1]

[1]Dementia Research Centre, Institute of Neurology, University College London, London WC1N 3BG, UK
[2]Radiology and Image Analysis Centre (IAC), VU Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands
Corespondenţa la:
J M Schott
j.schott@ucl.ac.uk

RATIONAL IMAGING
Suspected early dementia

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;343:d5568
doi:10.1136/bmj.d5568

Articolul de faţă explorează modalitatea prin care imagistica poate fi folosită pentru a investiga un pacient cu suspiciunea de demenţă incipientă

O femeie în vârstă de 58 de ani, dreptace, cu un istoric de trei ani de dificultate în găsirea cuvintelor şi memorie slabă, a fost trimisă pentru investigaţii. Problemele legate de citit, de calcul şi de pronunţie erau ceva mai recente. Pacienta era capabilă să se orienteze în spaţiu şi să şofeze. Era mai irascibilă şi mai puţin sociabilă. Simptomele erau lent progresive şi sugerau o variabilitate de la o zi la alta. Antecedentele personale medicale erau nesemnificative şi nu lua niciun medicament. Exista un istoric familial de afecţiuni cardiovasculare, dar nu de demenţă. Nu consuma alcool în exces, însă avea un istoric de 25 de pachete ţigarete-ani. Examenul clinic a fost în limite normale. Scorul examinării minime a stării mentale a fost de 25/30: îşi putea aminti toate cele trei cuvinte după o perioadă de întârziere, dar a pierdut puncte la orientare, la denumirea obiectelor, la calcul şi pentru executarea unei comenzi triple. Investigaţiile iniţiale, inclusiv hemograma completă, electroliţii, funcţia hepatică şi cea tiroidiană, viteza de sedimentare a eritrocitelor, vitamina B12, folatul şi radiografia pulmonară au fost în limite normale.

Care sunt diagnosticele diferenţiale?

Aşa cum se întâmplă în cazul multor pacienţi cu probleme cognitive incipiente, diagnosticul diferenţial este vast. Anxietatea şi depresia se asociază cu simptome cognitive şi complică o demenţă certă. Leziunile ocupatoare de spaţiu, inclusiv tumorile, deşi puţin probabil, necesită atenţie. Demenţa – stare cognitivă dobândită, progresivă, suficientă pentru a afecta activităţile curente – se întâlneşte, de obicei, la persoanele vârstnice, dar nu este neobişnuită nici la cele mai tinere.[1]

IDEI PRINCIPALE

- Toţi pacienţii cu suspiciunea de demenţă ar trebui să efectueze imagistică cerebrală structurală
- Imagistica structurală este utilă nu numai pentru a exclude leziunile înlocuitoare de spaţiu, dar şi pentru a diagnostica un anumit subtip specific de demenţă
- Modelul regional al atrofiei cerebrale – folosind în mod particular RMN volumetrică, de înaltă rezoluţie – este util pentru diferenţierea cauzelor neurodegenerative de demenţă întâlnite frecvent
- Secvenţele RMN ponderate T2 şi FLAIR (fluid attenuated inversion recovery) sunt înalt sensibile pentru afectarea ischemică de la nivelul substanţei albe cerebrale
- Alte secvenţe RMN şi modalităţi imagistice – inclusiv tomografia cu emisie de pozitroni (PET) şi scanarea transportului dopaminei (DAT) – au valoare diagnostică în situaţii clinice particulare

La un fost fumător, cu un istoric familial de boală cardiovasculară, trebuie luat în considerare diagnosticul de afectare cognitivă vasculară, ce se poate asocia cu simptome cognitive focale, depresie şi declin cognitiv, mai degrabă cu evoluţie insidioasă decât cu progresie "în trepte". Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză neurodegenerativă de demenţă. Istoricul fluctuant de deficit de memorie şi de executare face posibil diagnosticul de demenţă cu corpi Lewy, chiar în absenţa parkinsonismului sau a halucinaţiilor vizuale. Probleme de numire a obiectelor şi de comportament se întâlnesc frecvent în spectrul degenerescenţelor frontotemporale, ce includ demenţa frontotemporală varianta de comportament (anterior denumită boala Pick), afazia progresivă non-fluentă şi demenţa semantică (vorbire fluentă, cu pierderea sensului cuvintelor).

Privind critic situaţia, diferenţierea cauzelor are implicaţii pentru tratament, aşa cum este recunoscut în ghidurile naţionale britanice pentru demenţă.[2] Tratamentul chirurgical pentru leziuni de masă intracraniene este po-

Seria de articole de faţă oferă o actualizare a datelor ce atestă utilizarea optimă a diferitelor metode imagistice, în cazul prezentărilor clinice frecvente sau importante.

Consilierii seriei sunt Fergus Gleeson, medic specialist radiolog la Churchill Hospital, Oxford, şi Kamini Patel, medic specialist radiolog, Homerton University Hospital, Londra.

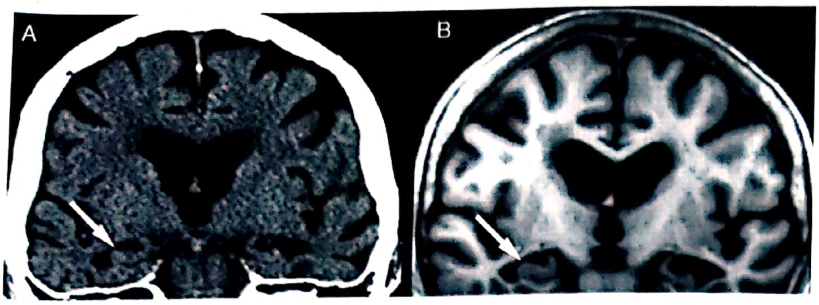


Fig. 1 | Atrofie bilaterală de lob temporal mijlociu (hipocamp drept, ilustrat prin săgeți) la același pacient cu boală Alzheimer, dovedită prin imaginile din plan coronal obținute prin: (A) scanare prin tomografie computerizată cu 64 de secțiuni; (B) RMN volumetric 1,5 Tesla, secvențe ponderate T1 (adaptare după Wattjes MP, Henneman WJ, van der Flier WM, de Vries O, Träber F, Geurts JJ et al. Diagnostic imaging of patients in a memory clinic: comparison of MR imaging and 64-detector row CT. *Radiology* 2009;253:174-83, cu permisiune)

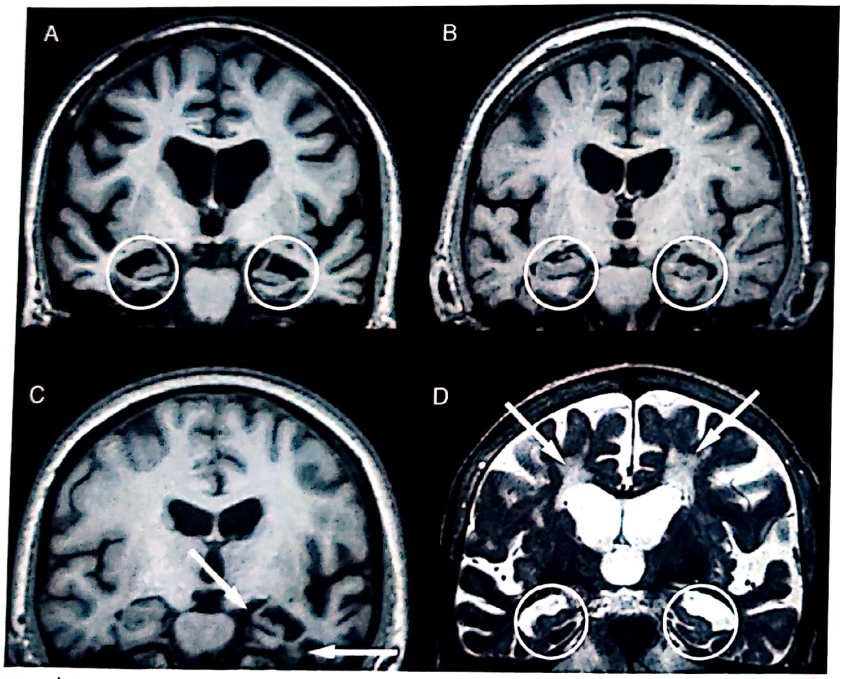


Fig. 2 | (A) RMN volumetric, în plan coronal, ponderat T1, 15 Tesla, ce arată atrofie simetrică de lob temporal mijlociu (LTM) (încercuită), postmortem, într-un caz dovedit de boală Alzheimer; (B) RMN volumetric în plan coronal, ponderat T1, 15 Tesla, ce relevă păstrarea relativă a structurilor LTM (încercuit), la o demență dovedită cu corpi Lewy, postmortem; (C) RMN volumetric în plan coronal, ponderat T1, 3 Tesla, ce arată atrofie înalt asimetrică de lob temporal inferior stâng și atrofie de hipocamp (săgețile), în degenerescența frontotemporală, subtipul de demență semantică; (D) RMN volumetric în plan coronal, ponderat T2, 15 Tesla, ce arată atrofie simetrică LTM (încercuită) și boala vaselor mici din substanța albă (săgețile), la un pacient diagnosticat clinic cu demență mixtă vasculară/boală Alzheimer (D: adaptare după Bastos Leite AJ, Scheltens P, Barkhof F. Pathological aging of the brain: an overview. *Top Magn Reson Imaging* 2004;15:369-89, cu permisiune)

tențial curativ, ca și cel medicamentos pentru depresie. Chiar în absența unor terapii modificatoare de boală, alte tipuri de demență necesită, totuși, strategii terapeutice specifice, cum ar fi, de exemplu, modificarea factorilor de risc vasculari în deficitul congnitiv de tip vascular, inhibarea acetil-colin-esterazei în boala Alzheimer și demența cu corpi Lewy. Diagnosticul corect facilitează prognosticul și consilierea, trimiterea către serviciile și organizațiile de voluntariat adecvate, aplicațiile pentru beneficii relevante, precum și luarea unor decizii importante legate de stilul de viață, de ocupație și cele de natură legală, inclusiv cele privitoare la șofat.

Cum poate ajuta imagistica cerebrală?

Deși examinarea clinică detaliată rămâne piatra de temelie a evaluării pacienților cu demență incipientă, ghidurile britanice, cele europene și cele americane recomandă ca toți cei cu afectare cognitivă să urmeze investigații structurale imagistice, ca parte a strategiei de diagnosticare.[3-5] Imagistica cerebrală este folosită din ce în ce mai des pentru a facilita distincția dintre diferitele forme de demență, în timp ce în trecut era utilizată în special pentru a exclude leziunile tumorale intracraniene, hematoamele și hidrocefalia, afecțiuni tratabile, ce reprezentau sub 1% din totalitatea cazurilor de demență.[3]

Tomografia computerizată

În situațiile în care rezonanța magnetică nucleară (RMN) nu este disponibilă sau este contraindicată, tomografia computerizată (CT) (ce implică expunerea la o radiație ionizantă) poate fi utilă pentru a exclude leziunile majore înlocuitoare de spațiu, hidrocefalia și infarctele masive. Scanerele moderne de CT de tip multidetector fac posibilă imagistica cerebrală totală volumetrică în doar câteva secunde, ceea ce permite reconstrucții multiplanare de înaltă rezoluție. Imaginile reconstruite în planul coronal permit evaluarea detaliată a structurilor de lob temporal mijlociu (fig. 1).

Imagistica prin rezonanță magnetică

RMN-ul, cu rezoluția sa de contrast superioară, este preferată din ce în ce mai mult față de CT, în evaluarea unei suspiciuni de demență.[2] O secvență de bază pentru demență, ce include o scanare volumetrică structurală de înaltă rezoluție, ponderată T1 și ponderată T2, sau secvențe FLAIR (fluid attenuated inversion recovery), poate fi obținută în circa 20 de minute. RMN-ul nu implică radiație ionizantă, dar un factor limitativ poate fi claustrofobia întâlnită la unii pacienți. RMN-ul este contraindicat la bolnavii cu stimulator cardiac și cu anumite implanturi metalice; se recomandă purtarea unor astupătoare pentru urechi, pentru a preveni posibilitatea afectării cohleare.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

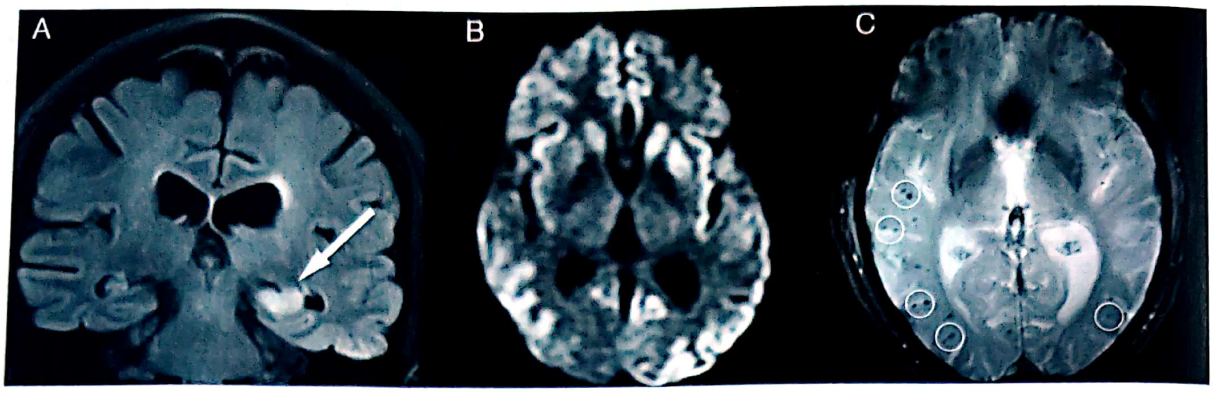


Fig. 3 | (A) RMN axial de tip FLAIR, ce arată edematiere şi hiperintensitate de hipocamp stâng (săgeţile), în encefalita limbică asociată cu complexul de anticorpi ai canalelor de potasiu voltaj dependente; (B) RMN axial de difuzie la un pacient cu difuzie restrictivă bilaterală, confluentă, corticală, cu difuzie restrictivă similară la nivelul nucleului caudat şi putamenului stâng; (C) Gradient axial prin imagistică ponderată echo T2*, ce demonstrează microhemoragii multiple (exemplele încercuite), sugestive pentru angiopatia amiloidă cerebrală la un pacient cu boala Alzheimer familială (A: adaptare după Barkhof F, Fox NC, Bastos-Leite AJ, Scheltens P, editori. *Neuroimaging in dementia.* Springer-Verlag, 2011, cu permisiune; B: imagine prin bunăvoinţa Harpreet Hyare, MRC Prion Unit, University College London; C: adaptare după Ryan NS, Bastos-Leite AJ, Rohrer JD, Werring DJ, Fox NC, Rossor MN et al. Cerebral microbleeds in familial Alzheimer's disease. *Brain* 2011: Jun 17, cu permisiune)

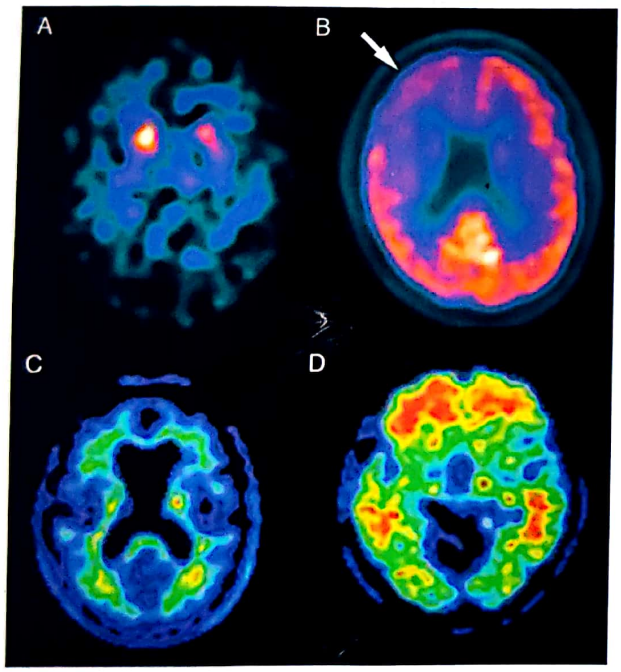


Fig. 4 | (A) Imagistică pentru transportul dopaminei, ce arată preluare redusă la nivelul ganglionilor bazali, simetrică (aspect în puncte, în loc de virgulă), la un pacient cu demenţă cu corpi Lewy, diagnostic probabil clinic;(B) PET-FDG, ce arată hipometabolism frontotemporal drept (săgeata) la un pacient cu demenţă frontotemporală varianta de comportament, diagnostic probabil clinic. Culorile calde redau preluarea glucozei; (C, D) Imagistică PET pentru amiloid cu F18 (florbetapir), ce arată absenţa unei legări semnificative la un control normal (C); (D) depunere semnificativă de amiloid (culori calde/aprinse), la un pacient cu boală Alzheimer diagnosticată clinic (imagini prin bunăvoinţa AVID Radiopharmaceuticals Inc)

Scanarea RMN volumetrică ponderată T1 oferă o examinare foarte detaliată a structurii cerebrale, permiţând o evaluare a prezenţei sau a absenţei unei pierderi de volum cerebral (cu alte cuvinte, a atrofiei), precum şi a modelului respectivei atrofii. Când este examinat un pacient cu deficit cognitiv este importantă mai cu seamă cercetarea, în planul coronal, a unei eventuale atrofii de lob temporal, fie calitativ, fie folosind scale de clasare simple. Prezenţa unei atrofii de hipocamp simetrice, bilaterale, diferenţiază forma uşoară a bolii Alzheimer cu o sensibilitate şi o specificitate de aproximativ 80-85% (fig. 2A).[4,6] Boala Alzheimer se asociază şi cu o atrofie de hipocamp relativ mai accentuată şi mai disproporţionată faţă de demenţa cu corpi Lewy (fig. 2B).[7]

In opoziţie, atrofia asimetrică de lob temporal, cu un gradient anterior mai mare decât cel posterior, este specifică pentru degenerescenţa fronto-temporală într-o proporţie de cel puţin 85%,[8] iar atrofia focală de lob temporal stâng inferior/anterior este înalt sugestivă pentru demenţa semantică (fig. 2C).[9] Prezenţa atrofiei de lob temporal mijlociu, la pacienţii cu deficit izolat de memorie (deficit cognitiv uşor), are o valoare înalt predictivă pentru dezvoltarea ulterioară a bolii Alzheimer,[10] aspect ce a fost inclus în noile criterii propuse pentru diagnostic.[11, 12] Absenţa unei atrofii de lob temporal mijlociu nu exclude, însă, un diagnostic de boală Alzheimer, iar bolnavii cu debut timpuriu al respectivei maladii pot prezenta o atrofie proeminentă posterioară, cu păstrarea structurilor mijlocii de lob temporal.

Secvenţele ponderate T2 sau FLAIR sunt înalt sensibile pentru detectarea anomaliilor la nivelul substanţei albe, ce pot reflecta demieli-

nizări, dar, mult mai frecvent la acest grup de vârstă, afecțiuni cerebrovasculare. Respectivele secvențe detectează accidentele vasculare majore, dar permit și vizualizarea unor infarcte mici strategice (precum cele de la nivelul talamusului ori al altor nuclei subcorticali) și ischemia substanței albe, prin afectarea vaselor mici.

Deși o leziune cu intensitate crescută de substanță albă sugerează boală vasculară, fiziopatologia și consecințele cognitive ale hiperintensităților RMN de substanță albă rămân subiectul unor cercetări continue, mai ales când se asociază cu leziuni la nivelul ganglionilor bazali și al trunchiului cerebral.[13] Într-un atare context, este important să nu se facă o interpretare excesivă a afectării vasculare minore, ce însoțește frecvent procesul de îmbătrânire. Alterările semnificative ale substanței albă și alte modificări ischemice, în prezența unei atrofii de hipocamp, susțin diagnosticul de afectare cognitivă mixtă vasculară/demență de tip Alzheimer (fig. 2D).

Scanarea RMN, printr-o varietate de secvențe adiționale, poate oferi și alte informații prețioase pentru diagnostic. Astfel, în contextul clinic corect, prezența unei modificări de semnal la nivelul lobului temporal este sugestivă pentru infecție sau pentru inflamație (fig. 3A);[14] imagistica RMN de difuzie poate facilita diferențierea formei acute de cea cronică a maladiei vasculare, iar găsirea unor anomalii neocorticale ori striatale poate contribui la identificarea bolii Creutzfeldt Jakob (fig. 3B);[15] secvențele T2* sensibile la depozitele de fier pot demonstra microhemoragiile din angiopatia amiloidă (fig. 3C) sau din afecțiunea vasculară.[16]

Imagistica metabolică și cea funcțională

Deși nu se efectuează de rutină, imagistica metabolică și cea funcțională pot oferi informații prețioase pentru diagnostic, în situații particulare. Când se suspicionează demența cu corpi Lewy, demonstrarea depleției centrale a dopaminei, folosind scanarea transportului de dopamină (DAT) prin tomografia cu emisie de pozitroni (PET) (fig. 4A) sau prin CT cu emisie de foton unic (SPECT), are un nivel optim de sensibilitate și specificitate pentru stabilirea diagnosticului (78% și, respectiv, 90%, cum a fost raportat într-un studiu[17]), iar în prezent este inclusă în criteriile de diagnostic, dat fiind că este considerată a fi sugestivă.[18]

Demonstrarea hipometabolismului temporo-parietal, utilizând fluorodeoxiglucoza (FDG), scanarea PET ori SPECT, susține un diagnostic de boală Alzheimer, nu de degenerescență fronto-temporală (fig. 4B),[19] iar la pacienții cu modificări de comportament sau de personalitate, la care scanarea structurală este normală, demonstrarea hipometabolismului focal frontal, folosind FDG-PET, susține diagnosticul de degenerescență fronto-temporală.[20] Metodele de cercetare curente, noii izotopi PET par să aibă o sensibilitate și o specificitate foarte mare în a detecta patologia de amiloid cerebral (fig. 4C, D) și probabil că își vor găsi utilitatea clinică în viitorul apropiat.[21] Toate tehnicile menționate implică injectarea unor izotopi radioactivi, cu o expunere mică la radiația ionizantă.

Evoluție și prognostic

Pacienta noastră a efectuat investigație RMN, care nu a arătat nicio leziune înlocuitoare de spațiu și o foarte mică încărcătură vasculară. S-a evidențiat o atrofie de lob temporal stâng înalt asimetrică, cu un gradient anterior >posterior (fig. 2C). Testele neuropsihometrice au confirmat anomia profundă și afectarea memoriei semantice. S-a stabilit diagnosticul de degenerescență fronto-temporală, varianta demență semantică. Nu s-a indicat tratament cu inhibitori de acetil-colin-esterază;[2] bolnava a contactat autoritățile responsabile pentru traficul rutier și a încetat să mai șofeze; a fost îndrumată către terapia pentru vorbire și limbaj și către Grupul de Suport al Bolii Pick.

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

Neuroimaging in dementia. Barkhof F, Fox NC, Bastos-Leite AJ, Scheltens P, eds. Springer-Verlag, 2011.

Prezentul articol face parte dintr-o serie de materiale ocazionale ce vizează, cu precădere, domenii din practica medicală care nu beneficiază de dovezi concludente. Consilierul seriei este David Tovey, redactor șef al bazei de date Cochrane. Lucrarea a avut în vedere un subiect prioritar pentru cercetare, identificat și delegat de Institutul Național de Cercetare Medicală, și anume, programul de Health Technology Assessment în legătură cu o incertitudine clinic importantă. Pentru a sugera un subiect pe această temă, vă rugăm să ne contactați la adresa de e-mail uncertainties@bmj.com.

Contribuții: JMS a conceput și a schițat lucrarea, care a fost revizuită de către ceilalți autori; cu toții au aprobat versiunea ei finală. JDW a selectat pacientul. JMS este garantul.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul de declarare uniformă a conflictelor de interese ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul corespondent) și declară că: nu au avut niciun suport din partea vreunei organizații pentru lucrarea de față; activitatea lor de cercetare s-a desfășurat în cadrul University College London Hospitals/University College London (Spitalele Universitare ale Colegiului Londonez/Colegiul Universitar Londonez) și a primit o parte din fondurile necesare din partea

Scanned with OKEN Scanner

nizări, dar, mult mai frecvent la acest grup de vârstă, afecțiuni cerebrovasculare. Respectivele secvențe detectează accidentele vasculare majore, dar permit și vizualizarea unor infarcte mici strategice (precum cele de la nivelul talamusului ori al altor nuclei subcorticali) și ischemia substanței albe, prin afectarea vaselor mici.

Deși o leziune cu intensitate crescută de substanță albă sugerează boală vasculară, fiziopatologia și consecințele cognitive ale hiperintensităților RMN de substanță albă rămân subiectul unor cercetări continue, mai ales când se asociază cu leziuni la nivelul ganglionilor bazali și al trunchiului cerebral.[13] Într-un atare context, este important să nu se facă o interpretare excesivă a afectării vasculare minore, ce însoțește frecvent procesul de îmbătrânire. Alterările semnificative ale substanței albă și alte modificări ischemice, în prezența unei atrofii de hipocamp, susțin diagnosticul de afectare cognitivă mixtă vasculară/demență de tip Alzheimer (fig. 2D).

Scanarea RMN, printr-o varietate de secvențe adiționale, poate oferi și alte informații prețioase pentru diagnostic. Astfel, în contextul clinic corect, prezența unei modificări de semnal la nivelul lobului temporal este sugestivă pentru infecție sau pentru inflamație (fig. 3A);[14] imagistica RMN de difuzie poate facilita diferențierea formei acute de cea cronică a maladiei vasculare, iar găsirea unor anomalii neocorticale ori striatale poate contribui la identificarea bolii Creutzfeldt Jakob (fig. 3B);[15] secvențele T2* sensibile la depozitele de fier pot demonstra microhemoragiile din angiopatia amiloidă (fig. 3C) sau din afecțiunea vasculară.[16]

Imagistica metabolică și cea funcțională

Deși nu se efectuează de rutină, imagistica metabolică și cea funcțională pot oferi informații prețioase pentru diagnostic, în situații particulare. Când se suspicionează demența cu corpi Lewy, demonstrarea depleției centrale a dopaminei, folosind scanarea transportului de dopamină (DAT) prin tomografia cu emisie de pozitroni (PET) (fig. 4A) sau prin CT cu emisie de foton unic (SPECT), are un nivel optim de sensibilitate și specificitate pentru stabilirea diagnosticului (78% și, respectiv, 90%, cum a fost raportat într-un studiu[17]), iar în prezent este inclusă în criteriile de diagnostic, dat fiind că este considerată a fi sugestivă.[18]

Demonstrarea hipometabolismului temporo-parietal, utilizând fluorodeoxiglucoza (FDG), scanarea PET ori SPECT, susține un diagnostic de boală Alzheimer, nu de degenerescență fronto-temporală (fig. 4B),[19] iar la pacienții cu modificări de comportament sau de personalitate, la care scanarea structurală este normală, demonstrarea hipometabolismului focal frontal, folosind FDG-PET, susține diagnosticul de degenerescență fronto-temporală.[20] Metodele de cercetare curente, noii izotopi PET par să aibă o sensibilitate și o specificitate foarte mare în a detecta patologia de amiloid cerebral (fig. 4C, D) și probabil că își vor găsi utilitatea clinică în viitorul apropiat.[21] Toate tehnicile menționate implică injectarea unor izotopi radioactivi, cu o expunere mică la radiația ionizantă.

Evoluție și prognostic

Pacienta noastră a efectuat investigație RMN, care nu a arătat nicio leziune înlocuitoare de spațiu și o foarte mică încărcătură vasculară. S-a evidențiat o atrofie de lob temporal stâng înalt asimetrică, cu un gradient anterior >posterior (fig. 2C). Testele neuropsihometrice au confirmat anomia profundă și afectarea memoriei semantice. S-a stabilit diagnosticul de degenerescență fronto-temporală, varianta demență semantică. Nu s-a indicat tratament cu inhibitori de acetil-colin-esterază;[2] bolnava a contactat autoritățile responsabile pentru traficul rutier și a încetat să mai șofeze; a fost îndrumată către terapia pentru vorbire și limbaj și către Grupul de Suport al Bolii Pick.

Contribuții: JMS a conceput și a schițat lucrarea, care a fost revizuită de către ceilalți autori; cu toții au aprobat versiunea ei finală. JDW a selectat pacientul. JMS este garantul.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul de declarare uniformă a conflictelor de interese ICMJE de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul corespondent) și declară că: nu au avut niciun suport din partea vreunei organizații pentru lucrarea de față; activitatea lor de cercetare s-a desfășurat în cadrul University College London Hospitals/University College London (Spitalele Universitare ale Colegiului Londonez/Colegiul Universitar Londonez) și a primit o parte din fondurile necesare din partea

BIBLIOGRAFIE SUPLIMENTARĂ

Neuroimaging in dementia. Barkhof F, Fox NC, Bastos-Leite AJ, Scheltens P, eds. Springer-Verlag, 2011.

Prezentul articol face parte dintr-o serie de materiale ocazionale ce vizează, cu precădere, domenii din practica medicală care nu beneficiază de dovezi concludente. Consilierul seriei este David Tovey, redactor șef al bazei de date Cochrane. Lucrarea a avut în vedere un subiect prioritar pentru cercetare, identificat și delegat de Institutul Național de Cercetare Medicală, și anume, programul de Health Technology Assessment în legătură cu o incertitudine clinic importantă. Pentru a sugera un subiect pe această temă, vă rugăm să ne contactați la adresa de e-mail uncertainties@bmj.com.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

National Institute for Health Research Biomedical Research Centres (Centrele de Cercetare Biomedicală din cadrul Institutului Național pentru Cercetare Medicală), din cadrul Department of Health (Ministerul Sănătății). Dementia Research Centre (Centrul pentru Studiul Demenței) este un centru de coordonare britanic pentru cercetarea bolii Alzheimer (Alzheimer's Research UK); s-a primit echipament finanțat de Alzheimer's Research UK. JMS este conferențiar specializat din partea UK Higher Education Funding Council for England (Consiliul Britanic de Finanțare a Învățământului Superior pentru Anglia). JDW face parte, în calitate de expert, din Wellcome Trust. NCF este membru al Medical Research Council (Consiliul de Cercetare Medicală). MNR și NCF sunt investigatori prinicpali ai National Institute for Health Research (Institutul Național pentru Cercetare Medicală). Finanțatorii nu au influențat scrierea lucrării. JMS va începe în curând un studiu cu AVID Radiopharmaceuticals Inc, care produce floretapirul (fig. 4); autorii nu semnalează nicio altă relație sau activitate ce ar fi putut influența realizarea materialului de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, cu evaluare externă.

A fost obținut consimțământul pacientei.

Traducere: Dr. Emanuela Micu

1 Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:1206-9.
2 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). CG42 Dementia: NICE guideline. March 2011. http://guidance.nice.org.uk/CG42/NICEGuidance/pdf/English.
3 Scheltens P, Fox N, Barkhof F, De Carli C. Structural magnetic resonance imaging in the practical assessment of dementia: beyond exclusion. *Lancet Neurol* 2002;1:13-21.
4 Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1143-53.
5 Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2010;17:1236-48.
6 Duara R, Loewenstein DA, Potter E, Appel J, Greig MT, Urs R, et al. Medial temporal lobe atrophy on MRI scans and the diagnosis of Alzheimer disease. *Neurology* 2008;71:1986-92.
7 Burton EJ, Barber R, Mukaetova-Ladinska EB, Robson J, Perry RH, Jaros E, et al. Medial temporal lobe atrophy on MRI differentiates Alzheimer's disease from dementia with Lewy bodies and vascular cognitive impairment: a prospective study with pathological verification of diagnosis. *Brain* 2009;132:195-203.
8 Likeman M, Anderson VM, Stevens JM, Waldman AD, Godbolt AK, Frost C, et al. Visual assessment of atrophy on magnetic resonance imaging in the diagnosis of pathologically confirmed young-onset dementias. *Arch Neurol* 2005;62:1410-5.
9 Chan D, Fox NC, Scahill RI, Crum WR, Whitwell JL, Leschziner G, et al. Patterns of temporal lobe atrophy in semantic dementia and Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2001;49:433-42.
10 Fox NC, Schott JM. Imaging cerebral atrophy: normal ageing to Alzheimer's disease. *Lancet* 2004;363:392-4.
11 Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007;6:734-46.
12 Albert MS, Dekosky ST, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging—Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7:270-9.
13 Inzitari D, Pracucci G, Poggesi A, Carlucci G, Barkhof F, Chabriat H, et al. Changes in white matter as determinant of global functional decline in older independent outpatients: three year follow-up of LADIS (leukoaraiosis and disability) study cohort. *BMJ* 2009;6;339:b2477.
14 Schott JM. Limbic encephalitis: a clinician's guide. *Pract Neurol* 2006;6:143-53.
15 Macfarlane RG, Wroe SJ, Collinge J, Yousry TA, Jäger HR. Neuroimaging findings in human prion disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:664-70.
16 Cordonnier C, van der Flier WM. Brain microbleeds and Alzheimer's disease: innocent observation or key player? *Brain* 2011;134:335-44.
17 McKeith I, O'Brien J, Walker Z, Tatsch K, Booij J, Darcourt J, et al. Sensitivity and specificity of dopamine transporter imaging with 123I-FP-CIT SPECT in dementia with Lewy bodies: a phase III, multicentre study. *Lancet Neurol* 2007;6:305-13.
18 McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005;65:1863-72.
19 Foster NL, Heidebrink JL, Clark CM, Jagust WJ, Arnold SE, Barbas NR, et al. FDG-PET improves accuracy in distinguishing frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Brain* 2007;130:2616-35.
20 Kipps CM, Hodges JR, Fryer TD, Nestor PJ. Combined magnetic resonance imaging and positron emission tomography brain imaging in behavioural variant frontotemporal degeneration: refining the clinical phenotype. *Brain* 2009;132:2566-78.
21 Clark CM, Schneider JA, Bedell BJ, Beach TG, Bilker WB, Mintun MA, et al. Use of florbetapir-PET for imaging beta-amyloid pathology. *JAMA* 2011;305:275-83.

Scanned with OKEN Scanner

MINERVA

Persoanele care "ruminează" (adică reflectează îndelung) când sunt stresate ar trebui să facă exerciții fizice. Un studiu din *Psychosomatic Medicine* a arătat că oamenii care își mențin un stil de viață activ fizic pot fi protejați de efectele "ruminării" asupra reactivității axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian, ceea ce îi ajută să-și revină mai rapid după un episod de stres acut (2011;73:604-11, doi:10.1097/PSY.0b013e318229e1e0). Comparativ cu subiecții care au "ruminat" mai puțin, la cei mai sedentari, care au răspuns la stres cu niveluri ridicate de "ruminare", s-a observat o creștere inițială a nivelului de cortizol semnificativ mai rapidă, un vârf mai tardiv al reactivității cortizolice și o recuperare mai întârziată după stres.

Diabetul este o cauză sau o consecință a cancerului pancreatic? O metaanaliză ce a inclus 35 de studii de cohortă a arătat că diabetul a fost asociat cu un risc crescut de cancer pancreatic, analizele pe subgrupuri indicând că riscul este independent de aportul de alcool, de localizarea geografică, de vârstă, sex, protocol de studiu, fumat ori indice de masă corporală. Riscul cel mai mare de cancer pancreatic a fost observat la pacienții diagnosticați cu diabet de mai puțin de un an (*European Journal of Cancer* 2011;47:1928-37, doi:10.1016/j.ejca.2011.03.003).

Intervalurile de screening prin colonoscopie ar trebui să varieze în funcție de numărul rudelor de gradul întâi care au cancer colorectal, conform *Cancer* (2011;117:166-74, doi:10.1002/cncr.26009). Din punct de vedere strict matematic, cea mai bună strategie de screening a persoanelor aflate într-o atare situație presupune efectuarea fie a șase colonoscopii din cinci în cinci ani, începând de la vârsta de 50 de ani, dacă au o rudă de gradul întâi diagnosticată după vârsta de 50 de ani, fie a zece astfel de proceduri, din patru în patru ani, dacă respectivei rude i-a fost confirmată boala înainte de 50 de ani.

Un bărbat în vârstă de 70 de ani, cu neuropatie periferică, se prezintă cu tumefiere acută, dureroasă, a degetelor, apărută la scurt timp după ce curățase zăpada vreme îndelungată, la o temperatură sub 0°C, fără mănuși în mâini. Pulsul periferic și determinările Doppler erau normale. A fost tratat conservator, cu pansament steril, menținere în poziție ridicată și medicație antiinflamatoare. S-a realizat aspirarea lichidului din vezicule, pentru a reduce potențialul de ischemie dermică, produsă prin acumularea de prostaglandine și tromboxani pro-inflamatori. Absența lezării permanente cutanate indica suferință medie prin expunere la frig, nu degerătură. Sugerăm consilierea tuturor pacienților despre care se știe că au neuropatie periferică să reducă timpul de expunere și să utilizeze, în condiții de frig extrem, mijloace adecvate de protecție pentru mâini și picioare.

Claire Reichl (creichl@doctors.org.uk), specialist registrar,
James Bristol, consultant, Department of Surgery, Cheltenham General Hospital, Cheltenham GL53 7AN

A fost obținut consimțământul pacientului.

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;343:d6122

Minerva a avut naivitatea să creadă că efectul pozitiv al căsătoriei asupra sănătății bărbaților se datora statutului lor de oameni fericiți. A aflat recent, însă, că respectivul beneficiu nu este conferit atât de starea lor emoțională, ci de comportamentul dictat de dorința bărbaților căsătoriți de a fi sănătoși. La pacienții de sex masculin cu durere toracică produsă de infarctul miocardic, s-a observat că prezentarea la medic era mai precoce în cazul celor însurați decât în cel al subiecților necăsătoriți. În schimb, femeile măritate nu au avut același beneficiu (*Canadian Medical Association Journal* 2011;183:1482-91, doi:10.1503/cmaj.110170).

Explorarea amplasării receptorilor olfactivi în nasul uman le-a prilejuit cercetătorilor înregistrarea activității neuronale direct din mucoasa nazală, ca răspuns la o gamă de mirosuri și la solicitarea participanților de-a aprecia gradul de plăcere – sau opusul ei – pentru fiecare miros. În cazul receptorilor din zonele în care erau cel mai bine detectate mirosurile agreabile exista o mai mare probabilitate de a răspunde mai puternic la alte mirosuri plăcute. Localizările în care s-a răspuns cel mai bine pentru diferențierea mirosurilor au avut o probabilitate de a răspunde mai puternic la alte mirosuri neplăcute. Mecanismele olfactive sunt similare celor implicate în văz și auz, în care organizarea reflectă axele principale de percepție (*Nature Neuroscience* 2011, doi:10.1038/nn.2926).

Blood prezintă primul studiu ce investighează eficacitatea fierului intravenos pentru tratarea oboselii la pacienții fără anemie, dar cu niveluri scăzute de fier (2011;118:3222-7, doi:10.1182/blood-2011-040346304). La 90 de femei în premenopauză, care și-au evaluat oboseala pe o scală de scor de la 0 la 10, intensitatea simptomului a scăzut cu 1,1, față de 0,7, în grupul cu placebo (P=0,07). La cele la care valoarea inițială a sideremiei era sub 15 ng/ml, oboseala a diminuat cu 1,8, comparativ cu 0,4, în lotul cu placebo (P=0,005). În grupul cu tratament activ, 82% dintre participante au raportat că se simt mai puțin obosite, față de 47% din grupul cu placebo, iar 21% dintre cele care au primit fier au prezentat evenimente adverse banale asociate, comparativ cu 7% dintre cele care luau placebo.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

Scanned with OKEN Scanner

TARUS HEALTH EVENTS

Vă invită la:

Conferința internațională

COSTURILE ȘI CALITATEA ÎNGRIJIRILOR MEDICALE

30-31 martie 2012, București

Cum evaluăm economic performanța programelor şi a profesioniştilor din sănătate?

Cum răspundem constrângerilor bugetare?

Cum îmbunătățim accesul la medicamente al pacienților cu boli cronice?

Cum reduc tehnologiile informatice cheltuielile în sănătate?

VIN CU RĂSPUNSURI ȘI SOLUȚII renumiți specialiști din: OLANDA, MAREA BRITANIE, FRANȚA, SPANIA

PLUS

Oficialii români care vor reforma sistemul de sănătate

Rezervați-vă doua zile de interacțiune cu cei care ne spun ce greșeli trebuie evitate și cum putem adapta soluțiile găsite de ei!

Pentru detalii privind taxa de participare sau parteneriate:
Alexandra PAIU
Conference Counselor
+40 745 644 077
alexandra.paiu@tarus.eu